



# SEGURIDAD DE MRI

Todo tipo de artículo metalico debe ser retirado antes de su examen de resonancia magnética. Esto incluye: llaves, pasadores, broches, joyas, perforaciones del cuerpo, reloj, cuchillo de bolsillo, alfileres de seguridad, pelucas, dentaduras, aparatos de audición etc. Se le pedirá que se cambie de su ropa de calle a una bata. Un armario con llave se ofrecerá para guardar su ropa y objetos de valor.

enumere todas las cirugías y aproximadamente cuándo se realizó

• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____

POR SU SEGURIDAD Y CALIDAD DE IMAGEN OPTIMA, POR FAVOR RESPONDA A LO SIGUIENTE:

SÍ NO Problemas anteriores con MRI	SÍ NO Monitor de glucosa (quitar)
●Por favor describalo _____	SÍ NO Implante o dispositivo magnetico o Electronico
SÍ NO Le han notificado de un implante que le han retirado del mercado	SÍ NO Alguna cosa sostenido en su lugar por un imán
SÍ NO Pinza de aneurismo cerebral	SÍ NO Alguna herida con objetos de metal/desconocido? (balín, bala, metralla, rayaduras, fragmentos)
SÍ NO Derivacion (espinal o intraventricular)	●Tipo/posición _____
SÍ NO Resorte de párpado o alambre	SÍ NO Tissue expander (e.g. breast)
SÍ NO Herida de metal (rayaduras, virutas) en ojos	SÍ NO Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla,etc.)
Recibio atención medica SÍ NO	SÍ NO Extremidad artificial o prótesis
SÍ NO Implante coclear u otro implante de oído	SÍ NO Prótesis (ojo, pene, etc.)
●Tipo/fecha de implante _____	SÍ NO Fusión espinal o fijación
SÍ NO Prótesis en la válvula cardíaca	SÍ NO alfileres, tornillos, clavos, alambres,placas etc. en los huesos o articulaciones
SÍ NO Marcapasos cardíaco	SÍ NO Grampas quirúrgicas, pinzas
SÍ NO Desfibrilador cardíaco implantado	SÍ NO Implante de malla alambrica
SÍ NO Monitor cardíaco o grabadora de bucle	SÍ NO Pinzas de metal en el estómago para no sangrar
●Tipo/fecha de implante _____	SÍ NO Tatuaje o maquillaje permanente
SÍ NO Swan-Ganz catéter	SÍ NO Peluca, tupé o extensiones de cabello
SÍ NO Estimulador (Neuro, médula epinal, sacro, nervio vago, frénico, vejiga, crecimiento óseo, cerebral profundo)	SÍ NO Parche de medicamento
●Tipo/posición _____	SÍ NO Embarazada o amamantando
SÍ NO Electrodo internos o alambres	SÍ NO Historia de diálisis o diálisis actual
SÍ NO Cualquier stent, filtro, o bobina	SÍ NO DIU, diafragma, pesario
●Tipo/posición _____	SÍ NO Perforación en el cuerpo (quitar)
SÍ NO Dispositivo implantado de infusión de medicamento	SÍ NO Aparato de audición (quitar)
Puerto de acceso vascular o catéter (Hickman, Port-a-Cath)	SÍ NO Dentaduras, placas parciales (quitar)
SÍ NO Insulina o otra bomba de infusión	SÍ NO Otros implantes
SÍ NO Delineador de pestañas magnético	

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que completó el formulario  Yo  Esposa/o  M/Padre  Othro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Su peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

MRI Safety Form evaluated prior to the XR _____	<b>SÓLO USO DE OFICINA</b>	ACC: _____
MR Techologist Signature _____		Date: _____