

- Sí No Pinza de aneurismo cerebral o bobina
- Sí No Resorte de párpado o alambre
- Sí No Pinza vascular de la arteria carótida
- Sí No Implante coclear u otro implante de oído
- Sí No Tubos de oído
- Sí No Prótesis en la válvula cardíaca
- Sí No Pinzas aórticas
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Desfibrilador cardíaco implantado
- Sí No Electrodo internos o alambres
- Sí No Stent coronario o cardiaco
- Sí No Stent metálico, filtro o bobina
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de crecimiento óseo / fusión
- Sí No Implante o dispositivo electrónico
- Sí No Insulina o otra bomba de infusión
- Sí No Dispositivo implantado de infusión de medicamento
- Sí No Implante sostenido en su lugar por un imán
- Sí No Paraguas venoso
- Sí No Derivacion (espinal o intraventricular)
- Sí No Puerto de acceso vascular
- Sí No Catéter de Swan-Ganz
- Sí No Prótesis (ojo, pene, etc.)
- Sí No Extremidad artificial o prótesis

- Sí No Varillas de Harrington
- Sí No Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Tornillos, clavos, alambres, placas, etc. en los huesos o articulaciones
- Sí No Grampas quirúrgicas, pinzas o suturas metálicas
- Sí No Implante de malla alambrica
- Sí No Pinzas de metal en el estómago para no sangrar
- Sí No Terapia sustitutiva de hierro
- Sí No Expansor de tejido (mama)
- Sí No Trabajado alrededor de metal o metal quitado de sus ojo
- Sí No Fragmentos de metal (ojo, cabeza, piel)
- Sí No Metralla, posta, o balas
- Sí No Tatuaje o maquillaje permanente
- Sí No Cirugía estética
- Sí No Peluca, tupé o extensiones de cabello
- Sí No Algún parche de medicamento
- Sí No Embarazada o amamantando
- Sí No Está usted en diálisis o tiene antecedentes de insuficiencia renal
- Sí No DIU, diafragma, pesario
- Sí No Perforación en el cuerpo (eliminado)
- Sí No Aparato de audición (eliminado)
- Sí No Dentaduras, placas parciales (eliminado)
- Sí No Otros implantes

TU PESO: _____ ALTURA: _____

LISTE TODAS LAS CIRUGIAS:

Todo tipo de artículo metálico 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, etc. Se le pedirá que se cambie de su ropa de calle a una bata que sera suministrada por nosotros. Un armario con llave se ofrecerá para guardar su ropa y objetos de valor.

Fecha: _____

Firma de la persona que completó el formulario

Yo Esposa/o M/Padre Otro _____

SÓLO USO DE OFICINA

MRI Technologist

Signature _____

Date: _____

Print name _____