

**MRI Screening Form
Outpatient**



nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____
 fecha: _____ peso (en libras): _____ altura: _____ edad: _____ sexo: _____

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a determinar si es seguro para usted someterse a un procedimiento de resonancia magnética. Es importante que responda a todas las siguientes preguntas. Si no entiende una pregunta, por favor, no dude en pedir ayuda.

Por favor, indique si tiene alguno de los siguientes: Conteste con un sí o un no a TODAS las preguntas

Elija un sí o un no para cada pregunta:

Si	No	
		Marcapasos cardíaco, desfibrilador.
		Clip para aneurisma (cerebral o abdominal).
		Implante o dispositivo electrónico de activación magnética, electrodos o cables internos.
		Neuroestimulador, sistema estimulador de la médula espinal, crecimiento óseo o fusión ósea.
		Implante coclear, otológico u otro implante de oído, audífonos.
		Catéter Swan-Ganz o de termodilución.
		Expansor de tejido (para el pecho).
		Endoprótesis vascular, filtro o bobina.
		Tejidos o extensiones para el cabello, pelucas u otros accesorios para el cabello.
		Cirugía ocular.
		DIU, diafragma o pesario.

Si	No	
		Dentadura postiza o parciales, tatuajes o maquillaje permanente, joyas de perforaciones corporales (piercings).
		Reemplazo articular
		Grapas quirúrgicas, clips o suturas metálicas, clavos para huesos o articulaciones, tornillos, alambres, placas, etc.
		Derivación (espinal o intraventricular), puerto de acceso vascular.
		Cualquier tipo de prótesis (válvula cardíaca, ojo, párpado, miembro, pene, etc.).
		Parche de administración de medicamento (Nicotina o Nitro).
		Bomba de infusión de insulina, fármacos u otro tipo de bomba implantada.
		Problemas respiratorios.
		Pestañas magnéticas.
		Claustrofobia.
		Tipo de cáncer: _____ Cuando: _____

1. Por favor, indique TODAS las cirugías que ha tenido y el año en que se realizaron.

2. Indique la fecha y el lugar donde le hicieron las radiografías, tomografías computarizadas, ultrasonidos, tomografía de emisión de positrones o resonancias magnéticas **más recientes** del área que estamos examinando hoy.

Fecha: _____ Lugar: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

**MRI Screening Form
Outpatient**



SCRMRI

3. ¿Hay alguna posibilidad de que estés embarazada? No SI Fecha de su último período menstrual: _____
4. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Accidente cerebrovascular: _____ Convulsión: _____
5. ¿Ha tenido una lesión en el cuerpo o en el ojo a causa de un objeto o fragmento metálico? No Si
 Si su respuesta es afirmativa, describa. _____
 ¿Se lo extrajo un médico? No Si
6. ¿Por qué le hacen este examen hoy? ¿Lesión? S N Duración de los síntomas: _____

7. ¿Es alérgico a algún medicamento, tales como el medio de contraste? Si No
 Si su respuesta es afirmativa, por favor, especifique: _____
8. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud?:
 Diabetes Enfermedad renal Problemas cardíacos Mieloma múltiple Extirpación de un riñón
9. ¿Está tomando actualmente el medicamento de quimioterapia Hidroxiurea (Hydroxyurea, en inglés)? Si No
10. Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando. No necesitamos saber la dosis:

Declaro que he leído y comprendido las preguntas formuladas en este cuestionario y que las respuestas anteriores son correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Goshen Hospital de cualquier fragmento de metal y / o dispositivos que puedan estar en mi cuerpo, y que de no hacerlo puede causar graves lesiones corporales o poner en peligro mi vida. **Estoy de acuerdo en que he discutido toda la información sobre la cirugía y los implantes con el técnico / ayudante de resonancia magnética y elijo proceder con la resonancia magnética.** Soy consciente de las consecuencias y riesgos relacionados con los tatuajes y / o piercings, Asumo estos riesgos y elijo proceder con la resonancia magnética. Estoy de acuerdo en eximir a Goshen Hospital de toda responsabilidad por cualquier lesión.

 firma del paciente o representante legal
(patient or legal representative signature)

 nombre y autoridad (si es un representante legal)
 en letra de imprenta
(print name and authority (if legal representative))

 fecha
(date)

 testigo / intérprete
(witness/interpreter)

 nombre en letra de imprenta
(print name)

 fecha
(date)

 firma del tecnólogo de resonancia magnética
(MRI technologist signature)

 nombre y título en letra de imprenta
(print name and title)

 fecha
(date)

**MRI Screening Form
Outpatient**



Solo para el personal de resonancia magnética (formulario sobre medio de contraste)
(MRI Staff Only (Contrast Form))

Reconozco que he leído y entendido el formulario *"Medication Guide Dotarem"*.

Firma del paciente o del tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____

IV by: _____ Stick/Site: _____ Lot/Exp _____

Amount Used: _____ Amount Wasted: _____

Solo para el personal de resonancia magnética (formulario sobre perforaciones dérmicas)
(MRI Staff only (Dermal Piercing))

Reconozco que he leído y entendido el formulario *"Dermal Piercing"*.

Firma del paciente o del tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____