

# New York Private Medical Imaging LLP

## FORMULARIO PARA REVISIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

### COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente:

Fecha:

Fecha de su Cita: / /

Fecha de Nacimiento: / / Edad:

Médico de Cabecera:

Teléfono:

¿Es su primera Resonancia Magnética?

Sí  No

¿Cuánto Pesa?

¿Fecha de su previa Resonancia Magnética?: / /

Usted tiene o ha tenido algunos de los siguientes:

¿Marcapasos?

Sí  No

¿Grapas/Precillas para Aneurisma?

Sí  No

¿Desfibrilador Cardíaco Implantado?

Sí  No

¿Tachuelas/Precillas de las Retinas?

Sí  No

¿Implantes Cóclear?

Sí  No

¿Implantes de cualquier tipo?

Sí  No

Si tiene alguno, explique:

¿Posibilidad de estar embarazada?

Sí  No

Fecha de su última menstruación/periodo/regla: / /

*Si su respuesta es positiva a algunas de estas preguntas, llame a New York Private Medical Imaging(212-772-7637) antes de su cita.*

¿Ha sido usted operador de máquinas industriales o ha trabajado en fábricas de metal?

Sí  No

¿Ha sido usted golpeado en los ojos con partículas de metal?

Sí  No

Si su respuesta es sí, explique:

¿Objetos extraños (balas, metralla, perforación del cuerpo)?

Sí  No

Si su respuesta es sí, explique:

Alguna vez ha tenido:

¿Cirugía craneal? (derivación)

Sí  No

Si sí, explique:

¿Cirugía en los ojos?

Sí  No

Si sí, explique:

¿Cirugía del cuello? (férula/sonda)

Sí  No

Si sí, explique:

¿Cirugía del pecho? (férula cardíaca)

Sí  No

Si sí, explique:

¿Cirugía por Artroscopía?

Sí  No

Si sí, explique:

¿Cualquier otra cirugía?

Sí  No

Explique:

¿Tiene Audífonos? (aparatos para la sordera)

Sí  No

¿Aparato Intrauterino/Pesario?

Sí  No

¿Dentadura postiza o dientes parciales? (incluyendo magnético)

Sí  No

¿Tatuajes o tatuaje dibujado en la orilla del ojo?

Sí  No

¿Tiene alergias?

Sí  No

Si sí, explique:

¿Un antepasado de cáncer o tumores?

Sí  No

Si sí, explique:

¿Terapia de Radiación?

Sí  No

Si sí, explique:

¿Quimioterapia?

Sí  No

Si sí, explique:

SCREENED BY:

SCREENED WITH:

Technologist comments:

Technologist initials:

Additional Notes:

MRI Scanner:

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente:

Fecha: / /