

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Examen: _____
 Parte del cuerpo que será examinado: _____ Razón del MRI: _____
 Nombre del Doctor: _____ Telefono del Doctor: _____ Medical Record #: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____
 Hombre Mujer Si una mujer, fecha de la última menstruación _____ Posmenopáusica Si No

★ Favor de contestar las siguientes preguntas ya que cualquiera de estos artículos podrian interferir con el examen de MRI y algunos podrian ser peligrosos para su seguridad. Marcar SI o NO a cada pregunta.

Alguna vez ha sufrido de: Una herida en el ojo hecha por cualquier clase de metal? Si No
 Un objeto extraño o metalico en su cabeza, cara, cuello o cuerpo? Si No
 Si contesto si a cualquiera de estas dos preguntas, le removieron el metal de su cuerpo? Si No

IMPLANTES QUIRURGICOS	SI	NO	IMPLANTES QUIRURGICOS	SI	NO
Marca Pasos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas de Aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cables de mark pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estimulador para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo o implante electronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defibrilador del corazón implantado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador de la Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante de malla de alambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes del oido, Cochlear, Otologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansor de tejidos (por ejemplo, de mama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador para la fusion de los huesos o para el crecimiento de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o dispositivo que es activado magneticamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resorte o cable en el párpado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swan-Ganz or Thermodilution Catheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas en los vasos sanguinios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo o bomba para administrar medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastilla con la camara de endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venous Umbrella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espiral, Filtro o cable en los vasos sanguinios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesario o Anillo en la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent en vasos sanguinios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cables internos o electrodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivacion (espinas dorsal o intraventricular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parche de medicina en la piel (Nitro, Nicotine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis (ojo, pene, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joyas en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes o semillas de radiación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harrington Rod (columna vertebral)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partes del cuerpo artificiales/reemplazo de coyonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier fragmento metalico o objeto extraño en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tens Unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas quirurgicas/ganchos/hilos o puntos de metal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puerto de acceso vascular/catéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuajes o maquillaje Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIU o Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Placas o parciales de los dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tornillo, clavo, cable, grapas en las coyunturas de los huesos del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparatos para oir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(favor de remover antes del examen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTECCIÓN PARA LOS OIDOS

★ Todos los pacientes deben de usar protección para los oidos durante el examen de MRI. Protección para los oidos se ofrece en varias formas: tapón para los oidos, audifonos para reducción de sonido.

CONSENTIMIENTO PARA LA INYECCIÓN DE CONTRASTE

Debido a su historial medico, o porque su doctor lo ha requerido, una inyección de contraste de gadolinium podria ser necesario para ayudar al radiólogo a evaluar su examen de MRI. La administración de comida y drogas ha aprobado este agente. Un pequeño porcentaje de pacientes que reciben la inyección de gadolinium podrian sufrir de dolores de cabeza o sentir mareos leves. Muy raramente inflamación en el area de la inyección podria ocurrir.

TIENE USTED:	SI	NO	TECHNOLOGIST NOTES
Problemas de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del Hígado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Respiración o Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Alguna vez a tenido una reacción alergia con el contraste del MRI? Si No


Que clase de alergias tiene usted: _____

YO DOY MI CONSENTIMIENTO a llevar a cabo la inyección de gadolinium si es necesario.
 YO NO ESTOY DE ACUERDO a llevar a cabo la inyección de gadolinium en este momento.

Firma del Paciente/Guardian: _____ Technologist Signature: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha del Examen: _____

 **No Entrar al cuarto del MRI o al area designada al MRI si usted tiene alguna pregunta o alguna preocupación relacionado con un implante, dispositivo u objeto. Consultar con el tecnologo del MRI ANTES de entrar al cuarto del MRI. El sistema magnetico del MRI esta SIEMPRE encendido.**

EMBARAZO

★ Se recomienda dejar de dar leche materna al bebe y de no usar la leche durante las 24 horas despues del la inyección de Gadolinium. **Esta usted: Embarazada?** Si No
Posiblemente Embarazada Pregnant? Si No **Dando leche maternal al bebe?** Si No

CALENTAMIENTO DE LA PIEL

★ Las radiofrecuencias del MRI tiene el potencial de causar el calentamiento de los tejidos de la piel. Favor de avisar al tecnologo inmediatamente si usted tiene alguna sensación de calentamiento de la piel durante el examen del MRI

TATUAJES O MAQUILLAJE PERMANENTE

★ Personas con tatuajes o maquillaje permanente deben de informar al tecnologo para poder tomar las precauciones necesarias.

HERIDAS/ CIRUGIAS/HISTORIAL DE RADIACIÓN

Ha sufrido de alguna herida en el area del examen? Si No
 Si su respuesta es si, favor de explicar: _____
 Ha tenido otro examen en la misma area que se va a examinar ahora ? Si No
 Si su respuesta es si, favor de explicar que/cuando/adonde: _____
 Ha tenido una cirugia o radiación en el area que se va a examinar ahora? Si No
 Si su respuesta es si, por favor de explicar: _____

MARCAR TODOS LOS SINTOMAS

ABDOMEN	CEREBRO/ IAC	PELVIS FEMENINO
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal – Clase de dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar <input type="checkbox"/> Falta de Apetito <input type="checkbox"/> Nausea / Vomito <input type="checkbox"/> Cambios en la orina y intestinos <input type="checkbox"/> Perdida o Aumento de Peso	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Ataque de Apoplejia <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Problemas para Hablar <input type="checkbox"/> Problemas para Oir <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Problemas de Visión <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Ciclos menstruales dolorosos <input type="checkbox"/> Dolor durante el acto sexual <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Ovarios removidos
CADERA/PIERNA/RODILLA TOBILLO/PIE <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Trabadura <input type="checkbox"/> Clicking <input type="checkbox"/> Pierde fuerza <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Bola, o masa <input type="checkbox"/> Dolor – que clase de dolor <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor	BRAZO / HOMBRO / CODO / MUÑECA/ MANO <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Movimiento Limitado <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Popping <input type="checkbox"/> Chirrido <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Bola o masa <input type="checkbox"/> Dolor – que clase de dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor	COLUMNA VERTEBRAL <input type="checkbox"/> Dolor de espalda – Clase de Dolor: <input type="checkbox"/> Parte alta <input type="checkbox"/> Al Medio <input type="checkbox"/> Parte Baja <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello – Clase de Dolor: <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Debilidad en: <input type="checkbox"/> Brazo Der. <input type="checkbox"/> Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Pierna Der. <input type="checkbox"/> Pierna Izq. <input type="checkbox"/> Dolor en: <input type="checkbox"/> Brazo Der. <input type="checkbox"/> Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Pierna Der. <input type="checkbox"/> Pierna Izq. <input type="checkbox"/> Entumecimiento en: <input type="checkbox"/> Brazo Der. <input type="checkbox"/> Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Pierna Der. <input type="checkbox"/> Pierna Izq.
CUELLO (Soft Tissue) <input type="checkbox"/> Bola o masa <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar <input type="checkbox"/> Dificultad para Hablar <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta		PECHO <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Tensión el el Pecho/Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Tos humeda <input type="checkbox"/> Tos Seca <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón

Yo declaro que la información en esta forma es correcta. Yo he leído y entendido el contenido de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de el procedimiento de MR que se va a llevar a cabo. Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

FOR STAFF USE: Screening Performed By: MR Technologist Nurse Radiologist Other: _____

Staff Signature: _____

Print Name: _____