

Facility Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State ZIP: \_\_\_\_\_



## HISTORIAL Y CONSENTIMIENTO DE MRI DEL PACIENTE

Effective Date: February 1, 2018

### DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico: \_\_\_\_\_

Fecha del Examen: \_\_\_\_\_ Médico que le refirió: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

### ADVERTENCIA: EL IMÁN DEL SISTEMA DE MRI ESTÁ SIEMPRE ENCENDIDO



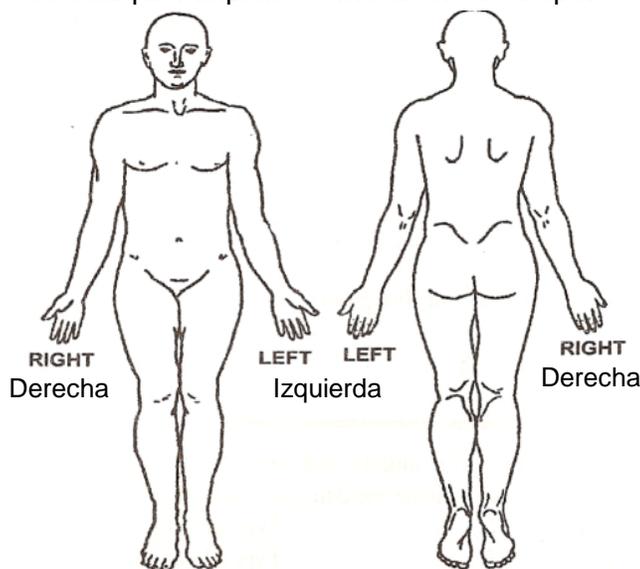
Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de la resonancia magnética. No entre a la sala del escáner de MRI si tiene alguna pregunta o duda relacionada con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico ANTES de entrar a la sala del escáner de MRI.

### TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- SI  NO Lesión en el ojo que involucra metales
- SI  NO Objeto o fragmento metálico en su cuerpo
- SI  NO Pinza(s) de aneurisma
- SI  NO Marcapasos cardíaco
- SI  NO Cardioversor-desfibrilador implantado (ICD)
- SI  NO Implante o dispositivo electrónico
- SI  NO Implante o dispositivo activado magnéticamente
- SI  NO Sistema de neuroestimulación
- SI  NO Estimulador de la médula espinal
- SI  NO Electrodo(s) ó alambres internos
- SI  NO Estimulador de crecimiento o fusión del hueso
- SI  NO Coclear, otológico u otro implante del oído
- SI  NO Bomba de infusión o insulina
- SI  NO Dispositivo implantado para infusión de medicina
- SI  NO Cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc.)
- SI  NO Prótesis de válvula cardíaca
- SI  NO Muelle ó alambre del párpado
- SI  NO Extremidad artificial o prostética
- SI  NO Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- SI  NO Válvula de derivación (espinal o intraventricular)
- SI  NO Puerto de acceso vascular/catéter
- SI  NO Implantes o semillas de radiación
- SI  NO Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
- SI  NO Parche de medicina (Nicotina, Nitroglicerina, etc.)
- SI  NO Implante tipo malla de alambre
- SI  NO Aumentador de tejidos (del seno o otra área)
- SI  NO Grapas quirúrgicas/ganchos/hilos o puntos de metal
- SI  NO Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- SI  NO Varilla en el hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, placa
- SI  NO Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- SI  NO Otro implante: \_\_\_\_\_
- SI  NO Dentaduras ó placas parciales
- SI  NO Tatuaje ó maquillaje permanente
- SI  NO Perforación (piercing) del cuerpo
- SI  NO Aparato del oído (Quitarse el aparato antes de entrar a la sala del escáner de MRI)
- SI  NO Problema respiratorio ó desorden del movimiento
- SI  NO Claustrofobia

### INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



Debe quitarse Todo objeto metálico en el vestidor, incluyendo:

- aparato auditivo
- dentaduras y placas parciales
- teléfono celular y beepers
- llaves
- los anteojos
- pasadores de pelo y broches
- joyas y reloj (incluyendo piercings)
- alfileres
- clip del dinero y monedas
- tarjetas de crédito, de banco y tarjetas de banda magnética
- plumas
- cuchillo de bolsillo
- cortaúñas
- ropa con cierres metálicos y hilos metálicos
- botas / zapatos con punta de acero
- herramientas
- objetos metálicos sueltos

★ Consulte con el Técnico si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala del escáner de MRI.

Notas del tecnólogo:

★ Todos los pacientes que tienen estudios de resonancia magnética deben utilizar protección auditiva (tapones para los oídos u orejeras). Sin excepciones.

## STATUS DE EMBARAZO Y AMAMANTAMIENTO

★ Recomendamos dejar de dar leche materna al bebe y desechar la leche por 24 horas despues del la inyección de Gadolinio.

**Esta usted: Embarazada?**  Si  No    **Posiblemente Embarazada?**  Si  No    **Amamantando?**  Si  No

Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_

## CALENTAMIENTO DE LA PIEL

★ Las radiofrecuencias del MRI pueden causar calentamiento de los tejidos de la piel. Se tomarán precauciones para evitarlo. Alerta al tecnologo inmediatamente si tiene sensación de calentamiento de la piel durante su examen del MRI.

## ARETES (BODY PIERCINGS), IMPLANTES COSMÉTICOS, TATUAJES Y MAQUILLAJE PERMANENTE

★ Un pequeño número de pacientes han experimentado irritación de la piel, hinchazón, moretones o sensación de calentamiento en el sitio de los aretes, implantes cosméticos, tatuajes y maquillaje permanente en asociación con el examen del MRI.

**Las personas con estos artículos deben informar al tecnólogo para tomar precauciones.**

## HISTORIAL MÉDICO

Motivo o razón para el estudio del MRI?

Qué área es el problema? Que parte del cuerpo?

De qué lado (izquierda/derecha/arriba/abajo)? \_\_\_\_\_

Cuando comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

Describa el problema que le está dando.

\_\_\_\_\_

Marque todas las que son aplicables a sus síntomas:

- Agudo (presente o un grado severo e intenso)  
 Crónico (persiste mucho tiempo / constantemente)  
 Intermitente       Transitorio (dura sólo poco tiempo)  
 Problema principal     Problema secundario

Lista de exámenes en otros centros por este problema: ej.

Laboratorio, Rayos X, del tracto gastrointestinal inferior (GI), enema de bario (BE), ultrasonido, MRI, CT.

Prueba    -    Fecha    -    Dónde

\_\_\_\_\_

Indique las cirugías que ha tenido y las fechas:

\_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido cáncer?     Si     No

En caso afirmativo: Qué Tipo y que parte del cuerpo?

\_\_\_\_\_

Qué tipo de tratamiento recibió y cuando?

\_\_\_\_\_

Se lesionó el área de interés?     Si     No

En caso afirmativo, los detalles: \_\_\_\_\_

Anote las medicinas que esté tomando y para qué son:

\_\_\_\_\_

Ha estado en el hospital durante la última semana?

Si     No    En caso afirmativo, describa:

\_\_\_\_\_

Ha experimentado antes algún problema relacionado con el examen o el contraste de MRI?  Si     No

\_\_\_\_\_

## TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- SI     NO Enfermedad o lesión de los riñones  
 SI     NO Cirugía de riñón, trasplante, un solo riñón  
 SI     NO Tumor en el riñón o cáncer  
 SI     NO Diabetes  
 SI     NO Está usted en diálisis  
 SI     NO Quimioterapia en los últimos 3 meses  
 SI     NO Alta presión que requiere medicina (Siga protocolo local)  
 SI     NO Reacción alérgica al contraste de gadolinio  
 SI     NO Asma o alergia

## NOTAS DEL TECNÓLOGO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA LA INYECCIÓN DE CONTRASTE

**Debido a su historial medico, o porque su doctor lo ha requerido, una inyección de contraste de gadolinio podria ser necesaria para ayudar al radiólogo a evaluar su examen de MRI.**

La agencia de administración de comida y drogas ha aprobado este contraste. Un pequeño porcentaje de pacientes que reciben la inyección de gadolinio podrian sufrir de dolores de cabeza o sentir mareos leves. Muy raramente inflamación podria ocurrir en el area de la inyección.

YO DOY MI CONSENTIMIENTO a llevar a cabo la inyección de contraste de gadolinio si es necesario.

YO NO ESTOY DE ACUERDO a llevar a cabo la inyección de contraste de gadolinio en este momento.

Yo declaro que la información en este cuestionario es correcta. Yo he leído y entendido el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del examen del MRI que voy a tener hoy.

**Entiendo que la atención médica de emergencia o de seguimiento, de ser necesaria, es responsabilidad financiera directa del paciente que recibe los servicios adicionales de terceros (transporte en ambulancia a un hospital, llamada al 911, atención médica, etc.).**

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO DEL PERSONAL:** Screening Performed By:  MR Technologist     Nurse     Radiologist    \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_