

## MRI Procedure Screening Form / Formulario Para El Estudio De IRM

Las siguientes artículos pueden ser peligrosos o interferir con el estudio de MRI al producir una imagen de mala calidad

**Indique si tiene alguno de los siguientes:**

(Si necesita ayuda para responder alguna pregunta, pregúntele a un miembro del personal.)

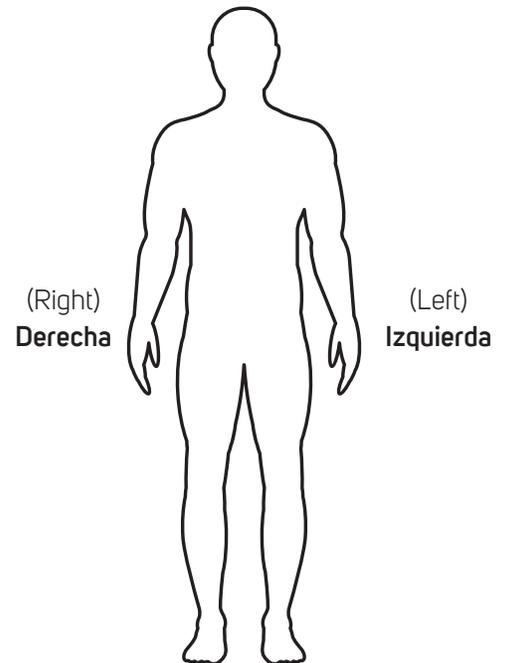
- Marcapasos cardiaco o desfibrilador  Sí  No
- Implante de oído  Sí  No
- Expansor de tejidos  Sí  No
- Estimulador nervioso o muscular  Sí  No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores ...

**DETÉNGASE** y hable con un miembro del personal inmediatamente.

- Cualquier tipo de electrodos o alambres internos o externos  Sí  No  
Tipo \_\_\_\_\_
- Cualquier otro tipo de implante electrónico o magnético  Sí  No  
Tipo \_\_\_\_\_
- Cualquier broche, espiral, filtro o stent  Sí  No  
Tipo \_\_\_\_\_
- Cualquier bomba o dispositivo de administración de medicamento  Sí  No
- Prótesis o dispositivo artificial para reemplazar una parte del cuerpo (ojo, rodilla, cadera, pierna, etc.)  Sí  No
- Audífono  Sí  No
- Dentaduras postizas  Sí  No
- Medicamento en forma de parche  Sí  No
- ¿Está usando un aparato ortopédico?  Sí  No
- ¿Sufrió alguna vez una lesión con un cuerpo extraño metálico (por ejemplo: bala, BB, esquirla, etc.)?  Sí  No
- ¿Tuvo alguna vez una lesión ocular con un objeto metálico?  Sí  No
- Tatuajes faciales (irritación cutánea posible durante el examen)  Sí  No

Marque este dibujo con la ubicación de todos los objetos que tiene dentro del cuerpo.



**Pacientes de sexo femenino solamente:**

- ¿Está embarazada o sospecha que está embarazada?  Sí  No
- Dispositivo intrauterino (DIU)  Sí  No
- Pesario (dispositivo de soporte colocado dentro de la vagina)  Sí  No

A mi mejor saber y entender, la información anterior es correcta. He leído todo el contenido de este formulario y tenido la oportunidad de hacer preguntas referentes al formulario.

**Nombre del paciente (Patient Name)**  
Escribe en la letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Staff conducting**  
History Review (print): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Patient Identification