

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.)

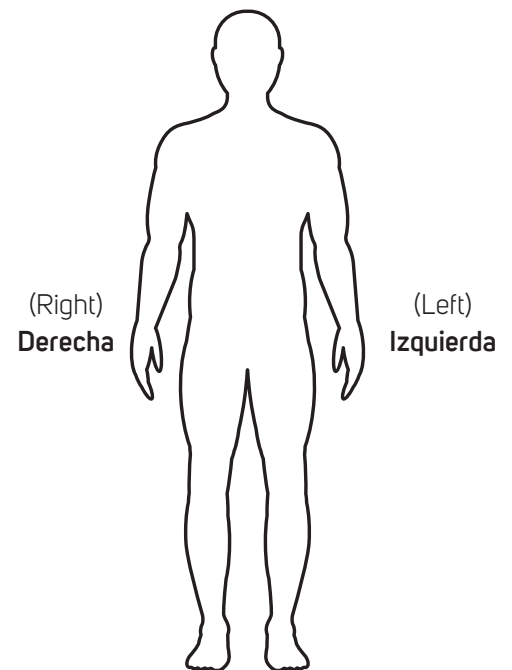
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Marcapasos cardiaco o desfibrilador | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Implante de oído | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expansor de tejidos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Estimulador nervioso o muscular | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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
Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier otro tipo de implante electrónico o magnético
Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier broche, espiral, filtro o stent
Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier bomba o dispositivo de administración de medicamento | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Prótesis o dispositivo artificial para reemplazar una parte del cuerpo (ojo, rodilla, cadera, pierna, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Audífono | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dentaduras postizas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Medicamento en forma de parche | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está usando un aparato ortopédico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sufrió alguna vez una lesión con un cuerpo extraño metálico (por ejemplo: bala, BB, esquirla, etc.)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tuvo alguna vez una lesión ocular con un objeto metálico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tatuajes faciales (irritación cutánea posible durante el examen) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pacientes de sexo femenino solamente: | | |
| ¿Está embarazada o sospecha que está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dispositivo intrauterino (DIU) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pesario (dispositivo de soporte colocado dentro de la vagina) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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



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