



Fecha de Hoy: _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Peso: _____ Altura: _____ ¿Está usted embarazada? SI NO

¿Usted ha tenido un MRI antes? SI NO ¿Si si, cuando y donde? _____

¿Usted ha tenido una cirugía? SI NO ¿Si si, cuando y que tipo? _____

LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS PUEDEN SER PELIGROSOS CON LA MÁQUINA DE MRI. POR FAVOR COMPRUEBE LA COLUMNA APROPIADA PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES:

SI NO

- MARCAPASOS CARDIACO
- CLIPS DE ANEURISMO INTRACRANIAL (CEREBRO)
- TRABAJADO CON METAL
- FRAGMENTOS DE METAL EN O ALREDEDOR DE LOS OJOS
- IMPLANTE DEL OÍDO
- BOMBA DE INSULINA
- DISPOSITIVO INTRAUTERINOL (MUJERES)
- NEUROSTIMULADOR (TENS UNIT)
- IMPLANTES DE METAL (SI SÍ, EXPLIQUE POR FAVOR):
- PUNTOS DE HUESO O JUNTA, TORNILLOS, SUTURAS DE ALAMBRE

SI NO

- "PARAGUAS VENOSO"
- PRÓTESIS
- ELECTRODOS
- METRALLA O BALA
- CLIPS AÓRTICOS
- BARRA DE HARRINGTON
- REEMPLAZO COMÚN
- PRÓTESIS DE OÍDO
- VÁLVULA DE CORAZÓN

¿Cuál es su queja principal? _____

¿Esto fue resultado de un accidente? SI NO Tipo de accidente: _____ Fecha: _____

¿Tiene otros síntomas? _____

Por favor, retire todos los objetos metálicos antes de entrar en la resonancia magnética, incluyendo joyas, relojes, pernos de pelo. Por favor consulte con el Tecnólogo de MRI si tiene preguntas o inquietudes ANTES de ingresar a la Suite MRI.

Atestiguo que la información anterior proporcionada por mí es correcta a lo mejor de mi conocimiento, he leído y entendido el contenido completo de este formulario. He tenido la oportunidad de preguntar cualquier cuestión poco clara a este respecto.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____