

Elk Grove Diagnostic Imaging

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 SÍ, CUÁNDO Y DÓNDE? _____

¿USTED HA TENIDO CIRUGÍA? SI NO ¿SI SÍ, CUÁNDO Y QUÉ CLASE? _____

¿USTED TRABAJA O USTED HA TRABAJADO COMO UN MAQUINISTA, TRABAJADOR DEL METAL O METAL DE PULIDO DE LA PROFESIÓN? _____

SI **NO**

- Ha tenido tos, fiebre o algún sintoma similar a la gripe en las últimas 2 semanas?
- Ha tenido reciente contacto con alguien que fuera positivo para COVID?
- Algún viaje reciente fuera de los EE.UU?

LOS PUNTOS SIGUIENTES PUEDEN SER PELIGROSOS CON LA EXPLORACIÓN DE MRI. COMPRUEBE POR FAVOR LA COLUMNA APROPIADA PARA SABER SI HAY CADA UNO DEL SIGUIENTE:

SI **NO**

- MARCAPASOS CARDIACOS
- "PARAGUAS VENOSO"
- EL ANEURYSM INTRACRANEAL ACORTA (EL CEREBRO)
- PRÓTESIS
- TRABAJADO CON METAL
- FRAGMENTOS DEL METAL EN O ALREDEDOR DE LOS OJOS
- DISPOSITIVO INTRAUTERINO (PARA MUJERES)
- METRALLA O BALA
- IMPLANTE DEL OÍDO
- CLIPS AÓRTICOS
- BOMBA DE LA INSULINA
- BARRA DE HARRINGTON
- ELECTRODOS
- REEMPLAZO COMÚN
- NEUROSTIMULATOR (TENS UNIT)

