



FECHA DE HOY: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes / Dia / Año

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
Mes / Dia / 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 algun sintoma similar a la gripe en las ultimas 2 semanas?
- Ha tenido reciente contacto con alguien que fuera positivo para COVID?
- Algun 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 INTRAUTERINOL (PARA MUJERES)
- METRALLA O BALA
- IMPLANTE DEL OÍDO
- CLIPS AÓRTICOS
- BOMBA DE LA INSULINA
- BARRA DE HARRINGTON
- ELECTRODOS
- REEMPLAZO COMÚN
- NEUROSTIMULATOR (TENS UNIT)

