



DALLAS DIAGNOSTIC IMAGING SERVICES

8355 WALNUT HILL LN 200A., DALLAS, TX. 75231

HISTORIA DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE PRUEBA DE MRI

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ PESO: _____

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ DE LOS SIGUIENTES

- MARCAPASOS CARDÍACO _____
- CLIPS DE ANEURISMA CEREBRAL / CIRUGÍA CEREBRAL
- DESFIBRILADOR CARDÍACO IMPLANTADO (ICD)
- CIRUGÍA CARDÍACA / VÁLVULA CARDÍACA / SHUNTS / STENTS / FILTROS / BOBINA INTRAVASCULAR.
- NEUROSTIMULADOR / BIOSTIMULADOR
- CIRUGÍA DE OJOS / IMPLANTES / MUELLE / HILOS / TACK RETINAL
- LESIÓN A LOS OJOS QUE AFECTAN A METAL O AFEITADOS DE METAL
- PASADORES ORTOPÉDICOS / TORNILLOS / RPDS / JUNTAS / PRÓTESIS
- CÁNCER / TUMORES / RADIOTERAPIA / QUIMOTERAPIA
- CIRUGÍA ANTERIOR DE ESPALDA (LUMBAR / TORÁCICA / CERVICAL)
- CIRUGÍA DE OÍDOS / IMPLANTES COCLEARES / AUDÍFONOS / PRÓTESIS STAPES
- PUERTO DE ACCIS VASCULAR / CATÉTER
- IMPLANTES DENTALES / DENTADURAS / PARCIALES
- SHRAPNEL / BB / HERIDAS DE ARMA
- BOMBA DE INSULINA / BOMBA DE INFUSIÓN DE DROGAS IMPLANTADAS
- ELECTRODOS INTERNOS / GRAPAS DE CLIPS / IMPLANTES DE MALLA METÁLICA / SUTURAS DE FUEGO IMPLANTES
- MAGNÉTICOS / MECÁNICOS / ELÉCTRICOS
- PIERCING CORPORAL / PARCHES / TATUAJES / MAQUILLAJE PERMANENTE
- EXPANSOR DE TEJIDO MAMARIO (RETRACTORES DE TEJIDO BLANDO IMPLANTADO)
- TIENES PINS EN EL PELO / ROPA / EXTENSIONES DE CABELLO / PELUCAS / PELUCA
- ¿ESTÁ USANDO ROPA / ROPA DEPORTIVA QUE PUEDE CONTENER MICROFIBRA METÁLICA?
- ANEMIA / CÉLULA FALCIF / SI SÍ, EXPLIQUE: _____

Doy fe de que la información anterior es correcta según mi conocimiento. También le he informado al tecnólogo que no estoy embarazada en este momento. Reconozco la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con este formulario y el procedimiento de resonancia magnética y entiendo toda la información que se me presenta.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature

Technologist Signature

DATE