

## MRI SCREENING FORM



Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M / F Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ lbs Medico: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Lista de cirugías: \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Enumere los estudios previos de imágenes que pertenecen a este problema.: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una reacción al contraste / tinte de MRI? \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para su seguridad** y pueden interferir con la resonancia magnética. **NO INGRESE** a la sala de MRI si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de un implante, dispositivo u objeto hasta que consulte con el Tecnólogo de MRI. **El imán de resonancia magnética está SIEMPRE activado.** La información solicitada a continuación es muy importante. Por favor conteste todas las preguntas en detalle.

### Por favor indique sí o no si tiene alguno de los siguientes:

<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Clip(s) de Aneurisma</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Línea PICC, Puerto, catéter
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Marcapasos cardiaco</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Derivación o Desviación de ventrículo cerebral, Dispositivo, Bobina intravascular
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Implante desfibrilador cardioversión (ICD)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Semillas o implantes de radiación</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Implante o dispositivo electrónico</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Metal en los ojos / Lesión en los ojos (astillas metálicas, virutas)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Implante o dispositivo magnéticamente activado</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Metal retirado del (de los) ojo (s)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Unidad de decenas / neuro estimulador / bioestimulador</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Lesión por un fragmento metálico (bala, BB, metralla)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Estimulador de la médula espinal</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Implantes de malla de alambre</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Expansor de tejido (por ejemplo, mama)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Electrodos internos o cables</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Grapas quirúrgicas, clips o suturas metálicas</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Crecimiento óseo / Estimulador de fusión ósea.</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Hueso / perno de unión, tornillo, clavo, alambre, placa, varilla</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>IUD, diafragma, pesario</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Insulina, dolor u otra bomba de infusión</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Prótesis dentales / parcial / retenedor de dientes</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Cualquier parche (medicamento, dolor, nicotina, nitroglicerina)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Tatuaje / maquillaje permanente / piercing corporal</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Cualquier tipo de prótesis o implante (ojo, pene)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Resorte o alambre de párpado</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Extremidad artificial o protésica</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Audífono (remueva antes de ingresar a la sala de MRI)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Prótesis valvular cardíaca</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Cocleares, otológico u otro implante de la oreja</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Insuficiencia renal aguda debida al síndrome hepatodenal</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>En el período de trasplante de hígado perioperatorio</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Enfermedad renal aguda o crónica</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Cualquier trasplante previo (hígado / riñón / otro)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Diálisis</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Enfermedad hepática (hígado)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Diabetes</b>	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Trastorno relacionado con la sangre (anemia, leucemia, anemia falciforme)</b>	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Si responde "Sí" a Anemia, ¿ha recibido una inyección de Ferumoxytol?</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Si sí, cuándo _____</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Hipertensión (presión arterial alta)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Convulsiones</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Esclerosis Múltiple</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Problemas respiratorios o trastornos del movimiento.</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Cáncer Si es así, donde _____</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>¿Ha tomado medicamentos sedantes orales para esta resonancia magnética?</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Cirugía de espalda o cuello</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Reemplazo articular (cadera, rodilla, hombro)</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>Actualmente la lactancia materna</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <b>O Quizás Embarazada?</b>

**ADVERTENCIA: Antes de ingresar a la sala de resonancia magnética, DEBE RETIRAR TODOS los objetos metálicos,** incluidos, entre otros, los audífonos, prótesis dentales, placas parciales, llaves, teléfonos celulares, anteojos, horquillas para el cabello, joyas, piercings en el cuerpo, relojes, alfileres de seguridad, clip de dinero, tarjetas de crédito / banco / banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja, pistola, cortaúñas, herramientas, ropa con sujetadores metálicos o hilos metálicos. Se le pedirá que use auriculares con resonancia magnética o audífonos.

**CONSENTIMIENTO:** Le he informado al tecnólogo que no tengo ningún dispositivo metálico como un marcapasos, implante, clips de aneurisma cerebral en mi cuerpo o cuerpos metálicos extraños en mis ojos. Afirmé además que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo los contenidos de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. También le informé al tecnólogo que **no estoy embarazada en este momento.**

Firma de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Mismo  Cónyuge  Guardian

Technologist who reviewed safety screening with patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Print first and last name)