

CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA (MR) PARA PACIENTES

Fecha ____/____/____ Número de paciente _____

Nombre _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento ____/____/____ Varón Hembra Parte del cuerpo a ser examinada _____
Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono (domicilio) (____) ____ - _____

Ciudad _____ Teléfono (trabajo) (____) ____ - _____

Provincia _____ Código Postal _____

Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas _____

Médico que le refirió _____ Teléfono (____) ____ - _____

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopía, endoscopia, etc.) de cualquier tipo? No Sí

Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

2. Anteriormente, ¿le han hecho algún estudio o examen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)? No Sí

Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

Parte del Cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
MRI _____	____/____/____	_____
CT/CAT _____	____/____/____	_____
Rayos-X _____	____/____/____	_____
Ultrasonido _____	____/____/____	_____
Medicina Nuclear _____	____/____/____	_____
Otro _____	____/____/____	_____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios ó procedimientos anteriores con MR? No Sí

Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto ó fragmento metálico (e.g., astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc.)? No Sí

Si respondió afirmativamente, describa el incidente: _____

5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño (e.g. perdigones, bala, metralla, etc.)? No Sí

Si respondió afirmativamente, describa el incidente: _____

6. ¿Esta actualmente tomando ó ha recientemente tomado algún medicamento o droga? No Sí

Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

7. ¿Es Ud. alérgico/a á algún medicamento? No Sí

Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, ó reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X? No Sí

9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algún episodio de enfermedad de riñón, fracaso de riñón, un trasplante de riñón, hipertensión, la historia de la diabetes, relativo al hígado ó de ataques epilépticos? Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____ No Sí

Para los pacientes femeninos:

10. Fecha de su último periodo menstrual: ____/____/____ En la menopausia? No Sí

11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual? No Sí

12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal? No Sí

13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad? No Sí
 Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación: _____

14. ¿Está amamantado a su bebé? No Sí

MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE SCREENING FORM FOR PATIENTS



APPENDIX A



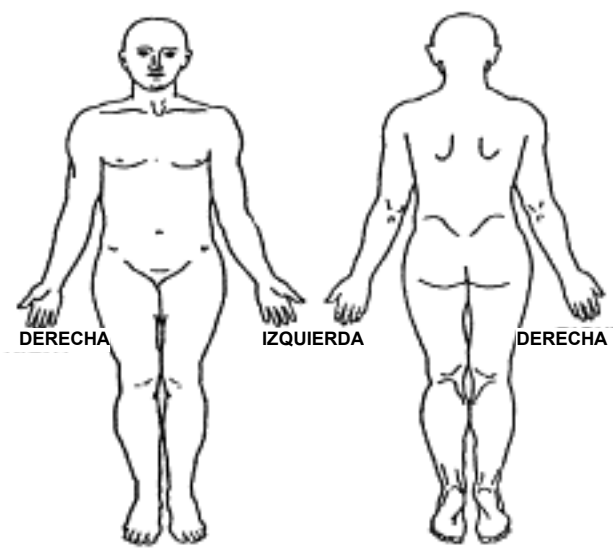
ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). **No entre** a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) de aneurisma
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí No Bomba de infusión de insulina ó similar
- Sí No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí No Muelle ó alambre del párpado
- Sí No Extremidad artificial ó protésica
- Sí No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí No Semillas ó implantes de radiación
- Sí No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución

- Sí No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
- Sí No Implante tipo malla
- Sí No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí No Dentaduras ó placas parciales
- Sí No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí No Audífono (*Quiteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
- Sí No Otro implante _____
- Sí No Problema respiratorio ó desorden del movimiento
- Sí No Claustrofobia

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audífono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escáner de MR.

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escáner de MR.

Atestiguo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: _____ Fecha ____/____/____
Firma

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente Enfermera _____
Nombre en letra de texto Relación con el paciente

Información revisada por: _____
Nombre en letra de texto Firma

Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Otro _____