

Nombre Del Paciente:	_____ , _____ Apellido, Nombre propio	Fecha De Nacimiento: __/__/____	Fecha: __/__/____
		Peso: _____ lbs	Altura: ___ ft ____ in

Formulario de Seguridad de MRI
I. Información de Contexto:

For office use – contrast studies only:

Gadavist given: _____ mL

¿Por Qué necesitas el MRI?		
¿Eres claustrofóbico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*	* En caso afirmativo, informe al personal antes de su llegada.
¿Qué medicamentos estás tomando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Lista →)	
¿Alergias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Lista →)	
¿Te han hecho una MRI antes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Cuando y Porque →)	
¿Cualquier reacción previa al tinte de MRI o CT?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Describir →)	
¿Ha tenido cirugías?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Describir →)	
¿Metal en tu cuerpo? (e.g., bala/metrala/fragmentos de metal etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Describir →)	

II. Pacientes femeninos solamente:

¿Posibilidad de embarazo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Estas Amamantando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Eres post-menopáusico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	DIU, diafragma, pesario?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

III. Clinical conditions:

¿Nefropatía?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Asma?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cardiopatía?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿ Alta presión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Diabético?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

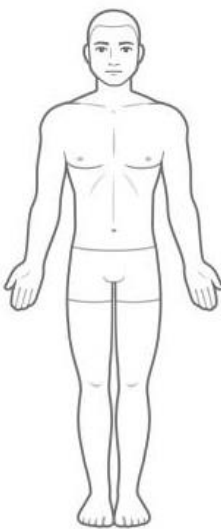
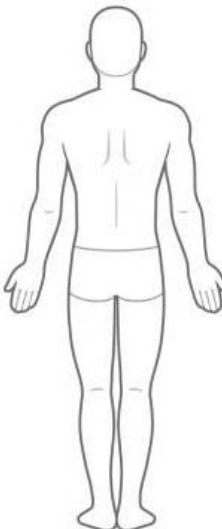
En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, proporcione detalles:

IV. Cribado del Metal para MRI:

Implantes dentro de tu cuerpo	
Cualquier Electrónico, mecánico, o implantes magnéticos.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Marcapasos, Desfibrilador, etc. (Presente o eliminado)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Válvula Cardíaca Artificial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Clip de Aneurisma Cerebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Estimulador (eg cerebro/nervio etc. Presente o eliminado)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Electrodos Internos o alambres (o retenido)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Precaución

El metal en su cuerpo puede ser dañino para usted durante su resonancia magnética y podría interferir con el examen. Cuando responda estas preguntas de detección de metales, indique si actualmente TIENE o HA TENIDO alguna de ellas.

Implantes dentro de su cuerpo		Marque la ubicación de cualquier implante, dispositivo u objeto extraño metálico dentro de su cuerpo o en el lugar de la operación quirúrgica.			
		Delante	Espalda		
Implante Coclear o Cualquier implante auditivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Bomba de droga implantada (eg insulina, baclofeno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Dispositivo de fijación espinal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cualquier tipo de bobina, filtro o stents	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Implante de pene	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Ojo artificial, resorte del párpado y/o peso del párpado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cualquier tipo de implante ayuda en su lugar por un imán	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cualquier tipo de grapa o grapa quirúrgico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cualquier Puerto IV (eg. Broviac, Port-a-Cath, Hickman....)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Derivación (eg VP Derivación)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Expansor de Tejido (eg seno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cualquier artículo implantado (eg pasadores, varillas, tornillos etc)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Dispositivos médicos extraíbles en su cuerpo					
Audífono	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Dentaduras postizas o placa parcial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Miembro artificial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Chaleco halo o chaleco salvavidas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Bomba de droga implantada (eg insulina, baclofeno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
¿Ha ingerido recientemente una "cámara de pastillas"?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Parche de medicación (eg nicotina o nitroglicerina)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Catéteres, eg Foley	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Artículos personales en tu cuerpo					
Perforaciones corporales, tatuajes o delineador de ojos tatuado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Pelucas/clips/extensions/horquillas para el cabello etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Artículos cosméticos magnéticos (eg., pestañas)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Ropa que contenga metal o fibras metálicas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Rastreadores de fitness (Fitbit, iWatch, etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Monitor electrónico o dispositivo de etiqueta (Monitor de tobillo)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
¿Cualquier otro dispositivo no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				

V. Consentimiento informado: (opcional y las respuestas a estas preguntas no afectarán su examen clínico)

En LHI, para brindarle un mejor servicio, sin costo adicional para usted o su compañía de seguros, ¿podemos tener su permiso para ejecutar algunas secuencias adicionales para mejorar la calidad de las imágenes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En LHI estamos mejorando la salud a través de varios estudios de investigación médica, ¿le gustaría contribuir de forma anónima (no se incluirá ninguna de su información personal identificada) con los datos de resonancia magnética de hoy a la investigación médica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

He leído y entiendo todo el contenido de este formulario.

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente: _____ Nombre: _____ Fecha: __ / __ / ____

(or legal guardian)

MD/RT/RN signature: _____ Print Name: _____ Date: __ / __ / ____