



HISTORIAL DE MRI DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente: _____ Número de Expediente Médico: _____
 Nombre del Centro: _____ Fecha del Examen: _____
 Parte del cuerpo que será examinado: _____ Razón del MRI: _____
 Médico que lo refirió: _____ Teléfono del Médico: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____
 Hombre Mujer Si es mujer, fecha de su última menstruación: _____ Posmenopáusica: Si No
 ¿Ha tomado algún sedante o medicamento para la ansiedad hoy? Si No En caso afirmativo, ¿qué? _____

★ CUALQUIERA DE ESTOS ARTICULOS ABAJO PODRIAN INTERFERIR CON EL EXAMEN DE MRI

Alguna vez ha sufrido de: Una herida en el ojo hecha por cualquier clase de metal? Si No
 Un fragmento metálica o objeto extranjerо en su cabeza, la cara, el cuello o el cuerpo? Si No
 Si contesto si a cualquiera de estas dos preguntas, le removieron el metal de su cuerpo? Si No

IMPLANTES QUIRÚRGICOS	Si	No	IMPLANTES QUIRÚRGICOS	Si	No
Marca Pasos del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansor de tejidos (por ejemplo, de seno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cables de marca pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante de Seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo o implante electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuroestimulador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador de la Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desfibrilador implantado en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes del oído, Cochlear, Otológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estimulador para el crecimiento de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electrodos o cables internos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas de Aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resorte o cable en el párpado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o dispositivo que es activado magnéticamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent en la arteria del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swan-Ganz o catéter de termodilución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas en los vasos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Píldora de cámara Endoscópica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantado drogas infusión dispositivo/bomba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent / Espiral / Filtro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filtro en la vena cava inferior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alambre en los vasos sanguíneos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesario o Anillo en la vejiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante Magnético.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fragmento metálico o objeto extranjerо.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivación (columna o intraventricular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parche de medicina en la piel (Nitro, Nicotine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis (ojo, pene, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos/articulaciones pin, tornillo, clavo, alambre, placa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes o semillas de radiación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harrington Rod (implante en la columna vertebral).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremidad artificial (Prótesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante de malla de alambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reemplazo de coyunturas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas quirúrgicas/ganchos/hilos o puntos de metal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina de estimulación eléctrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuajes o maquillaje Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puerto de acceso vascular/catéter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentaduras o placas parciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo en el útero (anticonceptivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparatos para oír (favor de remover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joyas en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TODOS LOS PACIENTES DEBEN DE USAR PROTECCIÓN PARA LOS OÍDOS DURANTE EL EXAMEN DE MRI

CONSENTIMIENTO PARA LA INYECCIÓN DE CONTRASTE

Debido a su historial médico, o porque su doctor lo ha requerido, una inyección de contraste de gadolinio podría ser necesaria para ayudar al radiólogo a evaluar su examen de MRI. La agencia de administración de comida y drogas ha aprobado este contraste. Un pequeño porcentaje de pacientes que reciben la inyección de gadolinio podrían sufrir de dolores de cabeza o sentir mareos leves. Muy raramente inflamación podría ocurrir en el área de la inyección.

Marque SÍ o NO para cada pregunta.

TIENE USTED	Si	No	NOTAS DEL TECNÓLOGO
Enfermedad o lesión de los riñones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía de riñón, trasplante, un solo riñón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumor en el riñón o cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Está usted en diálisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión que requiere medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Alguna vez a tenido reacción alérgica al contraste del MRI? Si No Contraste radiológico? Si No

Tiene asma? Si No Que clase de alergias tiene: _____

- YO DOY MI CONSENTIMIENTO a llevar a cabo la inyección de contraste de gadolinio si es necesario
 YO NO ESTOY DE ACUERDO a llevar a cabo la inyección de contraste de gadolinio en este momento.

Firma del Paciente/Guardian: _____ **Firma Del Tecnólogo:** _____

Nombre del Paciente : _____ Fecha del Examen: _____



No Entrar al cuarto del MRI o al area designada al MRI si usted tiene preguntas o alguna preocupación relacionada con un implante, dispositivo o un objeto. Consultar con el tecnologo del MRI ANTES de entrar al cuarto del MRI. El sistema magnetico del MRI esta SIEMPRE encendido.

PREGNANCY STATUS

Recomendamos dejar de dar leche materna al bebe y desechar la leche por 24 horas despues del la inyección de Gadolinio.
Esta usted: Embarazada? Si No **Posiblemente Embarazada?** Si No **Lactancia Maerna?** Si No

CALENTAMIENTO DE LA PIEL

★ Las radiofrecuencias del MRI pueden causar calentamiento de los tejidos de la piel. El Tecnólogo tomará varias precauciones para evitarlo. Alerte al tecnologo inmediatamente si usted tiene alguna sensación de calentamiento de la piel durante su examen del MRI.

ARETES EN EL CUERPO, IMPLANTES COSMÉTICOS, TATUAJES Y MAQUILLAJE PERMANENTE

★ Un pequeño número de pacientes han experimentado irritación de la piel, hinchazón, moretones o sensación de calentamiento en el sitio de los aretes, implantes cosméticos, tatuajes y maquillaje permanente en asociación con el examen del MRI. **Las personas con estos artículos deben informar al tecnólogo para tomar precauciones.**

LESIONES / CIRUGÍAS / HISTORIAL DE RADIACIÓN

Ha sufrido de herida en el area del examen? Si NO En caso afirmativo, describa: _____

Ha tenido otro examen del area que vamos a examinar hoy? Si No En caso afirmativo, qué / cuándo / dónde: _____

Ha tenido cirugia o radiación en el area que vamos a examinar hoy? Si No En caso afirmativo, describa: _____

Ha estado en el hospital durante la última semana? Si No En caso afirmativo, describa : _____

MARQUE TODOS SUS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL EXAMEN DE MRI DE HOY

<p>ABDOMEN</p> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal – Clase de dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar <input type="checkbox"/> Falta de Apetito <input type="checkbox"/> Nausea / Vomito <input type="checkbox"/> Cambios en la orina y intestinos <input type="checkbox"/> Perdida o Aumento de Peso	<p>CEREBRO/ OIDOS</p> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Problemas para Hablar <input type="checkbox"/> Problemas para Oír <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Problemas de Visión <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria	<p>PELVIS FEMENINO</p> <input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Ciclos menstruales dolorosos <input type="checkbox"/> Dolor durante el acto sexual <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Ovarios removidos
<p>PELVIS MASCULINO</p> <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Bola o Masa <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Cirugía Pélvica <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Sangre En La Orina <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Esteroides o Radioterapia	<p>HOMBRO / BRAZO / CODO / MANO CADERA / PIERNA / TOBILLO / PIE</p> <input type="checkbox"/> Derecho Parte del Cuerpo: _____ <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Movimiento Limitado <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Tronido <input type="checkbox"/> Rechinido <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Bola o masa <input type="checkbox"/> Dolor - Que clase de dolor : <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor	<p>COLUMNA VERTEBRAL</p> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda –Clase de Dolor: <input type="checkbox"/> Parte alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Parte Baja <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello – Clase de Dolor : <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Debilidad en: <input type="checkbox"/> Brazo Der. <input type="checkbox"/> Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Pierna Der. <input type="checkbox"/> Pierna Izq. <input type="checkbox"/> Dolor en: <input type="checkbox"/> Brazo Der. <input type="checkbox"/> Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Pierna Der. <input type="checkbox"/> Pierna Izq <input type="checkbox"/> Entumecimiento en: <input type="checkbox"/> Brazo Der. <input type="checkbox"/> Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Pierna Der. <input type="checkbox"/> Pierna Izq.
<p>CUELLO (TEJIDOS)</p> <input type="checkbox"/> Bola o Masa <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar <input type="checkbox"/> Dificultad para Hablar <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta		<p>PECHO</p> <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Tensión o Dolor en el Pecho <input type="checkbox"/> Tos Húmeda <input type="checkbox"/> Tos Seca <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón

Yo declaro que la información en esta forma es correcta. Yo he leído y entendido el contenido de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del examen del MRI que voy a tener hoy.

Firma del Paciente/Guardian : _____ Fecha: _____

PARA USO DEL PERSONAL: Screened By: MR Technologist Nurse Radiologist Other: _____

Staff Signature: _____ Print Name: _____