

Formulario de Evaluación para Resonancia Magnética



Nombre del paciente: _____	Nombre preferido: _____
Fecha de nacimiento: _____ No. de historial médico: _____	Altura: _____
	Peso: _____

Atención pacientes: La sala de resonancia magnética contiene un imán muy fuerte. Antes de que se le permita ingresar a la sala, debemos saber si tiene algún metal en su cuerpo que pueda interferir con su examen o ser perjudicial para usted. Para garantizar su seguridad, **por favor responda cuidadosamente las siguientes preguntas.**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos, desfibrilador, monitor cardíaco o electrodos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estimulador de vejiga (Estimulador Interstim)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implantes Cocleares o de Estribo (oído interno)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Expansor de tejido mamario
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Clip para aneurisma cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neuro estimulador/Estimulador de la médula espinal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bobina vascular, sombrilla (filtro para coágulos), Stent	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Válvula cardíaca o Stent
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dispositivo gastrointestinal o clips (PillCam, cápsula, clip GI u otro)? ¿O procedimiento intestinal en los últimos 30 días?		

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas en el recuadro anterior, es posible que no sea elegible para realizarse un examen de resonancia magnética. Por favor, avise a un miembro del personal de resonancia magnética o llame al 402-354-4717 para verificar su elegibilidad.
Por favor, responda las siguientes preguntas.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada o amamantando? Por favor, avise al personal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis (extremidades, articulaciones u ojos)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bomba de infusión de insulina u otros medicamentos implantados, sonda de alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DIU, implante peneano
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia al contraste – ¿A qué? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resorte o alambre en el párpado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Audífono (quítelo antes de entrar a la sala de resonancia magnética)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tatuaje o delineador de ojos/tatuaje en las cejas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parche de medicamento transdérmico (nicotina, nitroglicerina, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna cirugía en las últimas 6 semanas?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esquirlas (fragmentos metálicos)/ herida por bala	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Algun clip vascular?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fragmentos metálicos en el ojo debido a lijado/soldadura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador de crecimiento óseo/fusión ósea
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dentaduras, retenedores, postizos de cabello, pestañas magnéticas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cualquier implante no listado anteriormente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piercing corporal – Retírelo antes del examen		

Por favor, describa con sus propias palabras por qué su médico ordenó un examen de resonancia magnética hoy. (¿Cuál es el problema? ¿Dónde se encuentra el problema?)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene dolor? Si es así, ¿dónde? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido algún trauma o lesión reciente?
	<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Frente <input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está en diálisis?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene antecedentes personales de cáncer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es diabético?
	¿Tipo de cáncer? _____		
	¿Cuándo fue diagnosticado? _____		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido radioterapia o quimioterapia?		
	Si respondió Sí, por favor describa y liste la fecha: _____		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido alguna cirugía en la parte del cuerpo que se está haciendo un diagnóstico por imagen hoy?		
	Si respondió Sí, por favor liste _____		

Toda la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. He leído y entiendo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el examen de resonancia magnética.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Firma del personal: _____