

FORMULARIO PARA LA REVISIÓN MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

(Con letra de molde por favor)

ADVERTENCIA: El imán del sistema de resonancia magnética (magnetic resonance o MR) SIEMPRE está encendido. Ciertos implantes, aparatos u objetos pueden ser peligrosos para usted o pueden interferir con el procedimiento. Antes de ingresar al lugar o habitación donde se llevará a cabo la MR, debe quitarse todos los objetos metálicos. Por favor consulte al técnico, a la enfermera(o) o al radiólogo y no ingrese al lugar o habitación donde se llevará a cabo la MR, si tiene preguntas o preocupaciones.

Por favor, marque si tiene cualquiera de los siguientes:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Grapa(s) para aneurisma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Desfibrilador cardioversor implantable (Implanted Cardioverter Defibrillator o ICD) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Aparato electrónico (ejemplo, estimulador profundo del cerebro/de la médula espinal) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fibrosis sistémica nefrogénica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

En caso afirmativo, deténgase y contacte a un miembro del personal de radiología

Si marca una respuesta afirmativa en cualquiera de las siguientes preguntas, un miembro del personal de radiología lo evaluará para asegurar que el examen sea adecuado.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ¿Tiene problemas para respirar al acostarse por un periodo prolongado de tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Siente un dolor que le impida acostarse por un periodo prolongado de tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Es claustrofóbico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Tiene un historial de enfermedades renales crónicas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Actualmente recibe diálisis renales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No está segura | <input type="checkbox"/> Hombre |
| ¿Está amamantando? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A | |
| Puerto de acceso vascular o catéter | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Catéter Swan-Ganz o de termodilución | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Implante de malla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante o aparato activado de forma magnética | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estimulador de crecimiento óseo/de fusión ósea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Semillas o implante radiactivos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier fragmento metálico u objeto foráneo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Electrodos o cables internos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Parche medicinal (Nicotina, nitroglicerina) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante coclear, otológico o algún otro implante en el oído | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier tipo de prótesis (ocular, peneal, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Insulina o cualquier otra infusión de medicamento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Implante o alambre de párpado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prótesis de la válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Derivación (espinal o intraventricular) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Grapas quirúrgicas o suturas metálicas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Aparato para escuchar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Expansor de tejidos (ejemplo senos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| DIU, diafragma o pesario | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lengüetas, tornillos, clavos, alambres, placas para huesos/articulaciones etc. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro implante _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dentaduras postizas o placas parciales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tatuaje o maquillaje permanente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Joyería para perforaciones corporales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Declaro que la anterior información es correcta según mi leal saber y entender. Leí y comprendí el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la información del mismo y sobre el procedimiento de MR al que me voy a someter.

Firma de la persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____

Formulario completado por: Paciente Pariente Médico Otro _____
 Nombre con letra de molde Parentesco con el paciente

Revisado por: _____ Fecha _____
 Firma y cargo Firma y cargo

