

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha:

Fecha de nacimiento:

N.º de expediente médico:

Estatura:

Peso:

FORMULARIO DE SEGURIDAD PARA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

La sala de MRI tiene un fuerte campo magnético que puede ser peligroso para las personas que entren.
Todas las personas deben completar este formulario de seguridad **ANTES** de entrar en la sala de MRI.
 Tenga en cuenta que el imán de la MRI está **SIEMPRE ENCENDIDO**.

1. ¿Ha tenido alguna reacción al contraste de la MRI?

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", describa _____

2. ¿Es diabético?

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", indique los medicamentos que toma _____ ¿Tiene un monitor de glucosa? _____

 3. ¿Le han hecho alguna cirugía u operación de cualquier tipo en las últimas **8 semanas**?

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", indique la fecha y el tipo de cirugía. Fecha: ____/____/____ Tipo de cirugía: _____

4. ¿Ha tenido alguna lesión en el ojo o en el cuerpo con un objeto metálico (objeto extraño, BB, bala)?

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", describa: _____

5. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones?

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____ ¿Toma medicamentos para las convulsiones? _____

6. ¿Está haciendo diálisis? (p.ej., peritoneal o hemodiálisis)

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo es su próximo tratamiento de diálisis? _____ ¿Le han diagnosticado NSF? _____

7. ¿Está embarazada o cree estarlo?

 Sí

 No


ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted en la sala de MRI
No entre en la sala de MRI si tiene alguna pregunta o preocupación sobre un implante, dispositivo u objeto.

Indique si tiene alguno de los siguientes: responda "Sí" o "No" a cada artículo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador cerebral profundo (DBS)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco, cables o desfibrilador
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bobinas, stents, filtros, injertos, válvula cardíaca artificial
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neuroestimulador (médula espinal o estimulador óseo)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Shunt (programable o no programable)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Clips para aneurisma
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oclusores cardíacos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bomba de insulina u otro tipo de infusión (baclophen, quimioterapia, dolor)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante ocular o auditivo (p. ej., ojo artificial, resorte de párpado, coclear)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante de pene
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Chaleco Halo o dispositivo de fijación cervical
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piercings, tatuajes, esmalte magnético de uñas o pestañas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Expansores de tejido mamario, agujas de biopsia o marcadores
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puertos o catéteres (p. ej., P-Port/Mediport, línea PICC, Hickman)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros dispositivos implantados (p. ej., clavos, tornillos, varillas, placas, alambres)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tomó recientemente una cámara pastilla
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Clips quirúrgicos, grapas, mallas, clips/abrazaderas vasculares
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajo dental extraíble (p. ej., placas parciales)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Audífono
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monitor de glucosa
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante anticonceptivo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parches de medicamentos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Claustrofobia

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Si tiene algún implante (puerto, clip para aneurisma, bobinas, stents, etc.) y tiene una tarjeta de identificación, digáselo al tecnólogo.

Se revisa la seguridad de todos los implantes antes de entrar en la sala de MRI. Tenga en cuenta: si la información del implante no está disponible, se podrá reprogramar el examen.

Si le recetaron medicamentos para la ansiedad antes de su MRI, debe tener un conductor presente o se puede reprogramar la prueba.

Certifico que la información de arriba es correcta a mi leal saber y entender. Leí y entendí todo el contenido de este formulario.

Pude hacer preguntas sobre la información de este formulario.

Firma del paciente/padre/madre/tutor/otro: _____

Fecha: _____

Firma del tecnólogo de MRI: _____

Fecha: _____

F#1529r4 (anteriormente kfkr1265) Desarrollado: 4/26/ Publicado el: 11/16/22

Actualizado 8/2022