

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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", describa _____	
2. ¿Es diabético?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", describa: _____	
5. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____ ¿Toma medicamentos para las convulsiones? _____	
6. ¿Está haciendo diálisis? (p.ej., peritoneal o hemodiálisis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo es su próximo tratamiento de diálisis? _____ ¿Le han diagnosticado NSF? _____	
7. ¿Está embarazada o cree estarlo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 Audífono
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos cardíaco, cables o desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monitor de glucosa
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bobinas, stents, filtros, injertos, válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Neuroestimulador (médula espinal o estimulador óseo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante anticonceptivo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Shunt (programable o no programable)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parches de medicamentos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clips para aneurisma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Claustrofobia
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Oclusores cardíacos	<p>INSTRUCCIONES IMPORTANTES</p> <p>Si tiene algún implante (puerto, clip para aneurisma, bobinas, stents, etc.) y tiene una tarjeta de identificación, dígaselo al tecnólogo.</p> <p>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.</p> <p>Si le recetaron medicamentos para la ansiedad antes de su MRI, debe tener un conductor presente o se puede reprogramar la prueba.</p>
<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)	

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: _____