



NOMBRE: _____ FDN _____

ATENCIÓN: PACIENTES PARA MRI Y MIEMBROS DE FAMILIA ACOMPAÑANTES

La seguridad del paciente es para nosotros lo primordial. El cuarto de MRI contiene un imán demasiado potente. Antes de que se le permita el ingreso debemos de saber si hay algo de metal en su cuerpo. Algunos objetos de metal pueden interferir con el rastreo o incluso ser peligrosos, así que por favor responda las siguientes preguntas **cuidadosamente**.

¿Ha tenido cualquiera de las siguientes operaciones o procedimientos quirúrgicos? Si la respuesta es si, por favor explique:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| Cirugía ocular | Cirugía ortopédica |
| Cirugía de oídos | Cirugía vascular |
| Cirugía de corazón | Cirugía de espalda |

Otra: _____

Fecha(s): _____

Si No ¿Ha tenido cualquier tipo de cáncer? Si es así, explique _____

Si No ¿Ha sido maquinista, soldador o trabajador del metal?

Si No ¿Alguna vez a sido golpeado en la cara u ojo con un pedazo de metal (incluyendo viruta de metal, astillas, balas o diabólos)?

Si No ¿Alguna vez le han removido un pedazo de metal de su ojo?

Si No ¿Está embarazada, posiblemente embarazada o lactando?
Fecha de último periodo menstrual: _____

¿TIENE CUALQUIERA DE ESTOS ARTÍCULOS EN SU CUERPO?

- | | | |
|----|----|---|
| Si | No | Marcapasos, cables o desfibrilador |
| Si | No | Clips para neurisma cerebral |
| Si | No | Implante de oído |
| Si | No | Implante ocular |
| Si | No | Estimulador eléctrico para nervios o hueso |
| Si | No | Bomba de infusión |
| Si | No | Stents, filtro de bobina, o cables en vasos sanguíneos |
| Si | No | Catéter o tubo implantado |
| Si | No | Válvula artificial de corazón |
| Si | No | Shunt |
| Si | No | Clips, grapas, cables, mayas o suturas quirúrgicas |
| Si | No | Equipo ortopédico (placas, tornillos, clavos, varillas, cables) |
| Si | No | Miembro o articulación artificial |
| Si | No | Prótesis de pene |
| Si | No | Implantes magnéticos donde sea |
| Si | No | Diafragma o dispositivo intrauterino |
| Si | No | Dientes falsos, retenedores o frenos magnéticos |
| Si | No | Maquillaje permanente (ojos, cejas, labios) perforaciones corporales y tatuajes |
| Si | No | Balas, diabólos o postas |
| Si | No | Metrallas y fragmentos de metal |

Los siguientes artículos se vuelven peligrosos o causan lesiones a otros dentro de un campo magnético fuerte.

NO DEBEN SER LLEVADOS DENTRO DEL CUARTO DE RASTREO POR MRI.

Apoyo auditivo	Pelucas	Monedas	Retenedores
Anteojos	Joyería (anillos, aretes, etc.)	Radiolocalizador/celular	Hebillas
Reloj	Billetera/clip billetes	Cuchillo de bolsillo	Bras/fajas/cinturones sanitarios
Sujetadores	Libros de bolsillo/bolso	Tarjetas de crédito o de banco	Zippers/botones metálicos
Incaibles	Llaves	Miembros artificiales/prótesis	

Síntomas del Paciente: _____

¿Fueron causadas por un accidente o lesión? _____



Testifico que las respuestas que di a las preguntas en esta forma son correctas a mi mejor conocimiento. He leído y entendido el contenido completo de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a la información de esta forma.

Firma (paciente o tutor): _____ Fecha: _____

NO TODOS LOS EXAMENES INVOLUCRAN INYECCIONES, COMPLETE LA PORCIÓN INFERIOR SÓLO SI ESTA RECIBIENDO CONTRASTE.

Su médico lo ha referido hacia nosotros para una examinación de MRI involucrando una inyección de contraste a base de gadolinio. Este contraste puede ser beneficioso para ayudar al radiólogo a interpretar sus imágenes. Estamos preparados para tratar cualquier reacción adversa que pueda ocurrir. Su médico está conciente de la remota posibilidad de una complicación y considera que el la información del diagnóstico obtenida es por mucho más importante que el riesgo mínimo del procedimiento. El porcentaje de cualquier reacción adversa es <5%.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN DE CONTRASTE INTRA VENOSO DE AGENTE DE CONTRASTE BASADO EN GADOLINIO

Para gente con funciones renales severamente reducidas, el contraste de gadolinio es considerado como una posible causa de una rara enfermedad llamada fibrosis sistémica nefrogénica (NSF). Se sugiere que los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis por falla renal programen su hemodiálisis 2 a 4 horas después de la inyección de contraste con gadolinio. Si tiene falla renal pero no necesita diálisis, por favor dígaselo al técnico de MRI.

Peso _____ lbs

¿Ha tenido una reacción alérgica a cualquier tipo de contraste? SI _____ NO _____
Si es así, por favor explique

¿Es alérgico a algún medicamento?
Si es así, por favor explique

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad/falla renal (riñón) o transplante? SI _____ NO _____
Si es así, por favor explique

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad/falla de hígado o transplante? SI _____ NO _____
Si es así, por favor explique

¿Está actualmente en diálisis? SI _____ NO _____

¿Tiene diabetes? SI _____ NO _____

¿Tiene problemas cardiacos? SI _____ NO _____

¿Tiene historial de asma o enfisema? SI _____ NO _____

¿Tiene historial de hipertensión/alta presión sanguínea? SI _____ NO _____

Testifico que las respuestas que di a las preguntas en esta forma son correctas a mi mejor conocimiento. He leído y entendido el contenido completo de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a la información de esta forma.

Firma (Paciente o Tutor): _____ Fecha: _____

Técnico Supervisor _____