

CUESTIONARIO DE EXAMEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) Y CONTRASTE INTRAVENOSO (IV)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

 Sexo: **M** **F** Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Médico que refiere al paciente: _____

 Está embarazada: **SÍ** **NO** **N/A** Último período menstrual: _____ Postmenopausia: **SÍ** **No**

Motivo por el que está hoy aquí para un examen: _____

Explique su problema médico en detalle. (¿Qué pasó? ¿Dónde pasó? ¿Hace cuánto que ha tenido este problema?)

 ¿Siente dolor? **SÍ** **NO** ¿Dónde? _____

 ¿Ha tenido alguna cirugía en el (las) área(s) que está(n) siendo evaluada(s) hoy? **SÍ** **NO** Dónde: _____

 ¿Ha tomado algún medicamento/sedante/alcohol hoy para ayudarlo a relajarse durante este procedimiento? **SÍ** **NO**

De ser afirmativo, especifique: _____ hora en que lo tomó: _____

 ¿Sufre de alguna alergia y/o tiene alergia a algún medicamento? **SÍ** **NO** De ser afirmativo, especifique: _____

 ¿Se realizó un examen previo relacionado con este problema? **SÍ** o **NO** De ser afirmativo, explique: _____

IMPORTANTE: ¿Tiene algo de lo que se indica a continuación? De ser afirmativo, encierre en un círculo Sí.

Cirugía cardíaca/Válvula cardíaca/Prótesis	SÍ	NO	Cirugía cerebral/Clips de aneurisma cerebral	SÍ	NO
Marcapasos cardíaco implantado	SÍ	NO	Pines ortopédicos/Varillas/Tornillos o placas	SÍ	NO
Desfibrilador Implantado (ICD)	SÍ	NO	Extremidad artificial o protésica	SÍ	NO
Derivaciones/Férulas/Espiral intravascular/Filtros	SÍ	NO	Implantes de metal/malla/Suturas de alambre/ Grapas	SÍ	NO
Cirugía ocular/Implantes/Resorte o alambre	SÍ	NO	Algún implante eléctrico/magnético/mecánico	SÍ	NO
Lesiones oculares que involucren virutas de metal o metal	SÍ	NO	Heridas de bala o metralla	SÍ	NO
Neuroestimulador/Bioestimulador	SÍ	NO	Fragmentos metálicos o balines	SÍ	NO
Estimulador de la médula espinal	SÍ	NO	Radioterapia o Quimioterapia	SÍ	NO
Puertos de acceso vascular o catéter	SÍ	NO	Semillas o implantes de radiación	SÍ	NO
Alambres de estimulación/Swan-Ganz o cualquier otro catéter	SÍ	NO	Dispositivo Intrauterino (DIU)/Diafragma/Pesario	SÍ	NO
Bomba de infusión de insulina o medicamento (fármaco)	SÍ	NO	Prótesis peniana	SÍ	NO
Crecimiento óseo/Estimulador de fusión ósea	SÍ	NO	Audífonos/Cirugía de orejas/Implantes cocleares	SÍ	NO
Extensor de tejido (por ejemplo, mama)	SÍ	NO	Cualquier otro implante de oreja	SÍ	NO
Electrodos o cables internos	SÍ	NO	Tatuajes/Maquillaje permanente	SÍ	NO
Parche de medicamento (Nicotina, Nitroglicerina)	SÍ	NO	Piercings corporales, extensiones de cabello, pelucas	SÍ	NO
Trastorno de la sangre/ Anemia de células falciformes	SÍ	NO	Dentaduras postizas/Parciales/Implantes dentales	SÍ	NO
Convulsiones/Dolores de cabeza/Mareos	SÍ	NO	Asma/Enfermedad alérgica Respiratoria/EPOC	SÍ	NO
Claustrofobia	SÍ	NO	Cualquier otro implante	SÍ	NO

 Si respondió **Sí** a alguna de las anteriores, explique en detalle a continuación:

CONSENTIMIENTO PARA MRI CON CONTRASTE

Debido a su historial médico, o según lo solicitado por su médico, y la inyección de MRI, puede ser necesario el contraste de gadolinio para ayudar al radiólogo a evaluar su examen de MRI. La Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado este agente. Un porcentaje muy pequeño de pacientes que reciben gadolinio puede desarrollar dolor de cabeza o experimentar náuseas leves. En raras ocasiones, se puede inflamar el sitio de la inyección. **Marque SÍ o NO para cada elemento si va a recibir contraste para su examen.**

Historial de cáncer o tumor	Sí	No
Trastorno de la sangre o Anemia de células falciformes	Sí	No
¿Sufre de asma?	Sí	No
¿Cirugía de riñón/trasplante/riñón único/enfermedad renal o lesión renal?	Sí	No
¿Hipertensión que requiera medicamento?	Sí	No
Trastorno hepático/Diálisis	Sí	No
¿Alguna vez ha tenido una reacción al contraste de la MRI en el pasado?	Sí	No

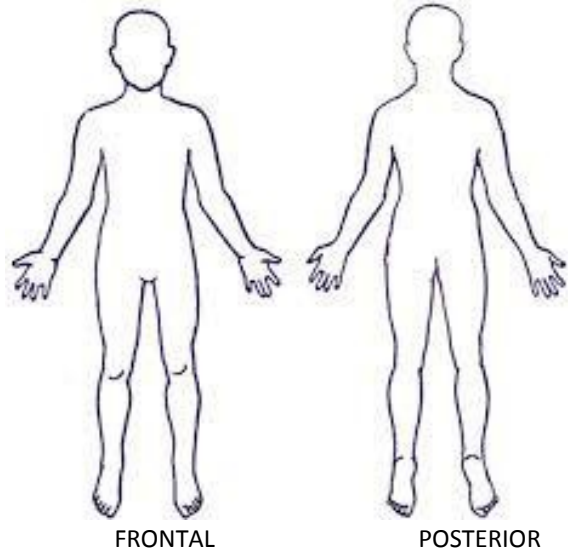
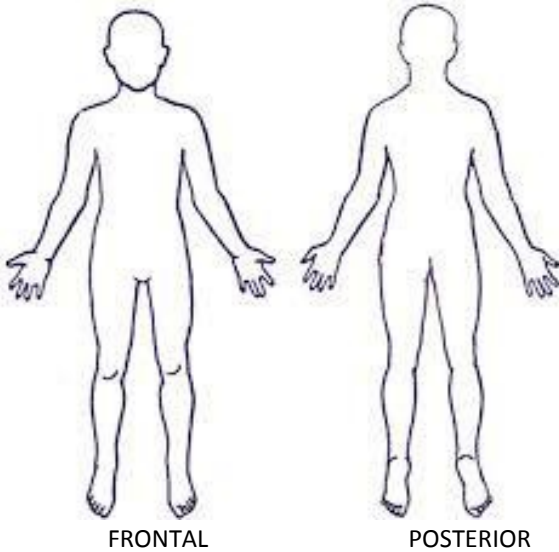
Si respondió **SÍ** a alguna de las anteriores, explique en detalle a continuación: _____

- Yo **DOY MI CONSENTIMIENTO** al contraste de gadolinio según sea necesario. Marque la casilla si está de acuerdo con el contraste.
- Yo **RECHAZO** la inyección de contraste de gadolinio en este momento. Marque la casilla si no está de acuerdo con el contraste.

Firma del paciente/tutor: _____ Firma del Técnico: _____

Dibuje dónde tiene el dolor o se ubican los síntomas:

Dibuje la ubicación de cualquier metal en su cuerpo en la figura a continuación:



Acuse de recibo: Doy fe de que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. He leído y entiendo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario y sobre el procedimiento de resonancia magnética al que estoy a punto de someterme. También le he informado al técnico que en este momento estoy **embarazada O NO estoy embarazada.**

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Firma del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM o PM

Nombre del testigo en letra de molde: _____ Firma del testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM o PM