

CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA (MR)
PARA PACIENTES

Fecha ____/____/____

Número de paciente _____

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Edad ____ Altura ____ Peso ____

Fecha de nacimiento ____/____/____
Mes Día AñoVarón ☐ Hembra ☐

Parte del cuerpo a ser examinada _____

Dirección _____

Teléfono (domicilio) (____) ____ - ____

Ciudad _____

Teléfono (trabajo) (____) ____ - ____

Provincia _____

Código Postal _____

Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas _____

Médico que le refirió _____ Teléfono (____) ____ - ____

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopia, endoscopia, etc.) de cualquier tipo? ☐ No ☐ Sí
Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

2. Anteriormente, ¿le han hecho algún estudio o examen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)? ☐ No ☐ Sí

Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

Parte del Cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
MRI	____/____/____	____
CT/CAT	____/____/____	____
Rayos-X	____/____/____	____
Ultrasonido	____/____/____	____
Medicina Nuclear	____/____/____	____
Otro	____/____/____	____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios o procedimientos anteriores con MR? ☐ No ☐ Sí

Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto o fragmento metálico (e.g., astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc.)? ☐ No ☐ Sí

Si respondió afirmativamente, describa el incidente: _____

5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño (e.g., perdigones, bala, metralla, etc.)? ☐ No ☐ Sí

Si respondió afirmativamente, describa el incidente: _____

6. ¿Esta actualmente tomando o ha recientemente tomado algún medicamento o droga? ☐ No ☐ Sí

Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

7. ¿Es Ud. alérgico/a a algún medicamento? ☐ No ☐ Sí

Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, o reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X? ☐ No ☐ Sí

9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algún episodio de enfermedad de riñón, fracaso de riñón, un trasplante de riñón, hipertensión, la historia de la diabetes, relativo al hígado ó de ataques epilépticos?

Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____ ☐ No ☐ Sí

Para los pacientes femeninos:

10. Fecha de su último periodo menstrual: ____/____/____

En la menopausia? ☐ No ☐ Sí11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual? ☐ No ☐ Sí12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal? ☐ No ☐ Sí13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad? ☐ No ☐ Sí

Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación: _____

14. ¿Está amamantando a su bebé? ☐ No ☐ Sí



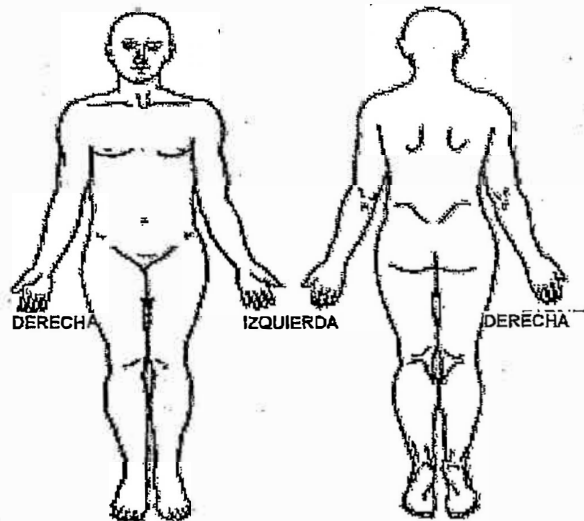
ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopia). No entre a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI **ANTES** de entrar a la sala del escáner de MR. Recuerde que el imán del sistema MR está **SIEMPRE** encendido.

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- ☐ Sí ☐ No Pinza(s) de aneurisma
☐ Sí ☐ No Marcapasos cardíaco
☐ Sí ☐ No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
☐ Sí ☐ No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
☐ Sí ☐ No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
☐ Sí ☐ No Sistema de neuroestimulación
☐ Sí ☐ No Estimulador de la médula espinal
☐ Sí ☐ No Electrodo(s) ó alambres internos
☐ Sí ☐ No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
☐ Sí ☐ No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
☐ Sí ☐ No Bomba de infusión de insulina ó similar
☐ Sí ☐ No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
☐ Sí ☐ No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
☐ Sí ☐ No Prótesis de válvula cardíaca
☐ Sí ☐ No Muelle ó alambre del párpado
☐ Sí ☐ No Extremidad artificial ó prostética
☐ Sí ☐ No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
☐ Sí ☐ No Shunt (espinal ó intraventricular)
☐ Sí ☐ No Catéter y/u orificio de acceso vascular
☐ Sí ☐ No Semillas ó implantes de radiación
☐ Sí ☐ No Catéter de Swan-Ganz ó de termomodulación

☐ Sí ☐ No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
☐ Sí ☐ No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
☐ Sí ☐ No Implante tipo malla
☐ Sí ☐ No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
☐ Sí ☐ No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
☐ Sí ☐ No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
☐ Sí ☐ No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
☐ Sí ☐ No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
☐ Sí ☐ No Dentaduras ó placas parciales
☐ Sí ☐ No Tatuafe ó maquillaje permanente
☐ Sí ☐ No Perforación (piercing) del cuerpo
☐ Sí ☐ No Audifono (*Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
☐ Sí ☐ No Otro implante _____
☐ Sí ☐ No Problema respiratorio ó desorden del movimiento
☐ Sí ☐ No Claustrofobia

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audifono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda **ANTES** de entrar a la sala de escáner de MR.

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escáner de MR.

Atestiguo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: _____

Fecha ____ / ____ / ____

Firma

Cuestionario lleno por: ☐ Paciente ☐ Pariente ☐ Enfermera

Nombre en letra de texto

Relación con el paciente

Información revisada por: _____

Nombre en letra de texto

Firma

☐ Técnico de MRI ☐ Enfermera ☐ Radiólogo ☐ Otro