

Preguntas del formulario de selección de MRI

Nombre: _____ Fecha del examen: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

1.	¿Motivo de la MRI y/o síntomas? _____						
2.	¿Se ha sometido a algún estudio de imagen relacionado (MRI, CT, ecografía, radiografía) fuera de NYPH - Cornell - Columbia? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, especifique el tipo de obtención de imágenes, la fecha en que se realizó y la ubicación: _____ _____						
3.	¿Se ha sometido a una biopsia o cirugía fuera de NYPH - Cornell - Columbia? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas: _____ _____						
4.	¿Tiene antecedentes de enfermedad renal (riñón) o cirugía renal? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿está recibiendo diálisis?: ☐ SÍ ☐ NO						
5.	¿Se ha puesto alguna vez una inyección de contraste para MRI? ☐ SÍ ☐ NO						
6.	¿Alguna vez se ha desmayado después del contraste de la MRI? ☐ SÍ ☐ NO						
7.	¿Ha tenido alguna vez urticaria después del contraste de MRI? ☐ SÍ ☐ NO						
8.	¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar después del contraste de MRI? ☐ SÍ ☐ NO						
9.	¿Tiene claustrofobia? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿ha tomado algún medicamento para la claustrofobia antes de las MRI anteriores o piensa tomarlo antes de la MRI de hoy? ☐ SÍ ☐ NO						
10.	Enumere cualquier medicamento oral que haya tomado hoy (incluidos los medicamentos para la ansiedad o claustrofobia, suplementos de hierro): _____						
11.	Marque SÍ o NO en las casillas siguientes si tiene alguno de los siguientes:						
Válvula cardíaca artificial		☐ SÍ	☐ NO	Pasador óseo/articular, tornillo, clavo, alambre, placa		☐ SÍ	☐ NO
Marcapasos cardíaco o cables de estimulación		☐ SÍ	☐ NO	Implante coclear, otológico u otro implante auditivo		☐ SÍ	☐ NO
Monitor cardíaco externo o cableado		☐ SÍ	☐ NO	Dentaduras postizas u ortodoncia		☐ SÍ	☐ NO
Desfibrilador cardioversor implantable (DCI)		☐ SÍ	☐ NO	Cuerpo extraño o balas (p. ej., balines, metralla)		☐ SÍ	☐ NO
Grabadora de bucles o Swan-ganz		☐ SÍ	☐ NO	Dispositivo de infusión del fármaco implantado		☐ SÍ	☐ NO
¿Estimulador nervioso u otro estimulador? En caso afirmativo, proporcione el nombre o número de modelo del implante: _____ Especifique qué tipo de estimulador: _____		☐ SÍ	☐ NO	Fragmentos metálicos		☐ SÍ	☐ NO

Catéter o sonda de alimentación	☐ SÍ	☐ NO	Prótesis (ojo, pene, extremidad, etc.)	☐ SÍ	☐ NO
Semillas radiactivas	☐ SÍ	☐ NO	Pinzas quirúrgicas, grapas, suturas metálicas o malla de alambre	☐ SÍ	☐ NO
Parche medicamentoso (nicotina, nitroglicerina)	☐ SÍ	☐ NO	Expansor de tejidos en la mama	☐ SÍ	☐ NO
Puerto en el brazo, el pecho o en cualquier otro lugar del cuerpo	☐ SÍ	☐ NO	¿Monitor de glucosa y/o bomba de insulina/bomba de medicamento? En caso afirmativo, nombre o modelo del dispositivo: _____	☐ SÍ	☐ NO
DIU, diafragma o pesario	☐ SÍ	☐ NO	Lesión en el/los ojo(s) o implantes/fragmentos en el ojo	☐ SÍ	☐ NO
Audífono (retirar antes de entrar en la sala)	☐ SÍ	☐ NO	Peso, resorte o alambre para párpados	☐ SÍ	☐ NO
Derivación programable	☐ SÍ	☐ NO	Objeto metálico/fragmento en el ojo	☐ SÍ	☐ NO
Inyector en el cuerpo (p. ej., Neulasta)	☐ SÍ	☐ NO	Cierre esclerótico	☐ SÍ	☐ NO
Implantes en la mama (expansores de tejido, solución salina o silicona)	☐ SÍ	☐ NO	¿Algún otro objeto metálico, implante o fragmento? En caso afirmativo, tipo y fecha del implante: _____	☐ SÍ	☐ NO
Extensiones para el cabello, tatuajes, maquillaje permanente o joyas para la perforación del cuerpo	☐ SÍ	☐ NO	¿Tiene antecedentes de cáncer? ¿Qué tipo de cáncer? _____	☐ SÍ	☐ NO
Endoprótesis vascular o dispositivo intrauterino Fecha de colocación del implante: _____	☐ SÍ	☐ NO	Problema respiratorio o trastorno del movimiento	☐ SÍ	☐ NO
Problema respiratorio o trastorno del movimiento	☐ SÍ	☐ NO			

Pacientes de sexo femenino:

12.	¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?	☐ SÍ	☐ NO
13.	Fecha de su último período menstrual: _____		
14.	¿Está amamantando?	☐ SÍ	☐ NO

Autorizo a Columbia Radiology y NewYork-Presbyterian, sus médicos y demás personal a realizar el examen prescrito.

Firma del paciente (padre, madre o tutor): _____ Fecha: _____

Si está tomando un medicamento oral contra la ansiedad para la claustrofobia, le recomendamos que le acompañe una persona a la cita o que se encargue del transporte hasta su hogar. Nuestro consultorio recomienda esto por precaución y preocupación por su seguridad, ya que los posibles efectos secundarios de estos medicamentos pueden afectar a su capacidad para conducir o utilizar el transporte público. Si no dispone de un medio de transporte seguro a su hogar, nuestro personal puede pedirle que permanezca en el centro hasta que desaparezcan los efectos secundarios de los medicamentos y considere seguro darle el alta hospitalaria.

(uso en el consultorio)	
Personal de recepción: _____	Firma: _____
Técnico: _____	Firma: _____
Enfermero: _____	Firma: _____

