

CUESTIONARIO PARA EL EXAMEN DE MRI o Resonancia Magnética

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
Mes día año

La seguridad del paciente es de suma importancia para nosotros. Algunos de los hechos indicados a continuación podrían interferir con el MRI y otros pueden arriesgar su seguridad. Sírvase leer detenidamente este cuestionario antes de su examen.

Tiene uno de los siguientes:

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Marca pasos cardíaco , desfibrilador, ICD [desfibrilador cardioversor implantable], alambres de ritmo | ☐ Sí | ☐ No | 19. ¿Algún artefacto interno o externo o metal colocado dentro o fuera de su cuerpo? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. Reemplazo de la válvula del corazón o endoprótesis cardíaca (<i>cardiac stents</i>) | ☐ Sí | ☐ No | 20. ¿Tiene alguna enfermedad/insuficiencia renal, cuenta con sólo un riñón o tuvo un trasplante de riñón? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. ¿Unidad TENS interna o externa, estimulador de nervios o un dispositivo de cualquier otro tipo? | ☐ Sí | ☐ No | 21. ¿Tuvo quimioterapia en los últimos 30 días? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. ¿Alguna bomba electrónica interna o externa y/o monitor (insulina, glucosa, quimio, control del dolor, etc.)? | ☐ Sí | ☐ No | 22. ¿Tiene historial de mieloma múltiple? | ☐ Sí | ☐ No |
| 5. ¿Lleva puesto una pulsera o grillete electrónico de tobillo o un monitor de detención domiciliario? | ☐ Sí | ☐ No | 23. ¿Es diabético? | ☐ Sí | ☐ No |
| 6. ¿Ha tenido cirugía cerebral o un sujetador de aneurismo intracraneal? | ☐ Sí | ☐ No | 24. ¿Está ahora recibiendo hemodiálisis o diálisis peritoneal? | ☐ Sí | ☐ No |
| 7. <i>Stents</i> intravasculares, filtros, roscas, catéteres o válvula de derivación de cualquier tipo? | ☐ Sí | ☐ No | 25. ¿Ha tenido un MRI con contraste vía intravenosa en las últimas 48 horas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 8. ¿Algún tipo de cirugía del oído, implante o audífonos? | ☐ Sí | ☐ No | 26. ¿Ha tenido alguna vez reacción al contraste intravenoso del MRI? | ☐ Sí | ☐ No |
| 9. ¿Alguna vez ha tenido cirugía de sus ojos? | ☐ Sí | ☐ No | 27. ¿Es usted claustrofóbico? | ☐ Sí | ☐ No |
| 10. ¿Ha tenido metal en sus ojos? | ☐ Sí | ☐ No | 28. ¿Puede acostarse derecho sobre su espalda? | ☐ Sí | ☐ No |
| 11. ¿Tiene un implante de malla? | ☐ Sí | ☐ No | 29. ¿Ha tomado algún medicamento para el dolor o la ansiedad antes del MRI hoy? | ☐ Sí | ☐ No |
| 12. ¿Dentaduras o trabajo dental postizo? | ☐ Sí | ☐ No | 30. ¿Ha tenido cáncer alguna vez? (si es así, qué clase)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 13. ¿Está dando de lactar? | ☐ Sí | ☐ No | 31. ¿Ha tenido alguna vez un MRI, Radiografía u otro examen de imágenes de esta parte del cuerpo? | ☐ Sí | ☐ No |
| 14. ¿Está embarazada? | ☐ Sí | ☐ No | Si es así, especifique el tipo de examen, cuándo y dónde: | | |
| 15. ¿Usa un parche de piel transdérmico de cualquier tipo? | ☐ Sí | ☐ No | _____ | | |
| 16. ¿Ha tenido cirugía dentro de las últimas seis (6) semanas? | ☐ Sí | ☐ No | _____ | | |
| 17. ¿Tiene fragmentos de metralla o metal, virutas o proyectiles en su cuerpo? | ☐ Sí | ☐ No | _____ | | |
| 18. ¿Tiene agujeros o tatuajes en su cuerpo? | ☐ Sí | ☐ No | | | |

¿Ha tenido algún tipo de cirugía u operación en el pasado (como una artroscopia, endoscopia, etc.)? Si es así, sírvase indicar a continuación la fecha y el tipo de cirugía.

Tipo	Fecha	Tipo	Fecha

Sírvase hacer una lista de los síntomas y las fechas que ocurrieron, luego marque el diagrama a la derecha donde usted siente el dolor y el adormecimiento.. _____

He revisado la Guía de Medicinas para el contraste de MRI.

Firma del Paciente _____ Fecha/Hora _____

Certifico que las respuestas son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento y creencia.

Firma del Paciente _____ Fecha/Hora _____

Firma del Técnico MRI _____ Fecha/Hora _____

