

OPTIMUM IMAGING CENTER, LLC

ADVERTENCIA: Debe quitarse TODOS los objetos metálicos antes de entrar al entorno de RM. Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos o interferir con el procedimiento de RM (p. ej., RM, angiografía por RM, RM funcional, espectroscopia por RM). **NO ENTRE** en la sala ni en el entorno de RM si tiene alguna pregunta o inquietud sobre un implante, dispositivo u objeto.

Consulte al técnico o radiólogo de RM ANTES de entrar en la sala. El imán del sistema de RM SIEMPRE está encendido.

MRI SCREENING QUESTIONNAIRE

*Nombre: _____ *Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MRN: _____

Médico referente: _____ *Peso: _____ *Sexo: _____

Describa brevemente sus síntomas: _____

Cualquiera de los siguientes puede interferir con la resonancia magnética. Para su seguridad, responda completamente:

- *☐ Yes ☐ No Eres Claustrofóbico?
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene usted un marcapaso?
- *☐ Yes ☐ No Cirugía de corazón/ válvula cardiaca?
- *☐ Yes ☐ No Cirugía cerebral/Clips para aneurisma cerebral?
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene usted un desfibrilador implantado o un dispositivo electrónico?
- *☐ Yes ☐ No ¿Está recibiendo tratamiento por enfermedad renal aguda o crónica o diálisis?
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene usted insuficiencia renal aguda de cualquier gravedad debido al síndrome hepatorenal?
- *☐ Yes ☐ No ¿Está usted en el período perioperatorio del trasplante de hígado?
- *☐ Yes ☐ No Cirugía de oído/Implantes cocleares/Audífonos: Si es así, explique: _____
- *☐ Yes ☐ No ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía de espalda o cuello? Que tipo: _____
- *☐ Yes ☐ No Neuroestimulador/Estimulador de la médula espinal/Estimulador del crecimiento óseo
- *☐ Yes ☐ No ¿Bomba de medicación/infusión de medicamentos/bomba de insulina?
- *☐ Yes ☐ No ¿Alguna vez ha sufrido una lesión ocular causada por un metal? Si es así, explique: _____
- *☐ Yes ☐ No ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía ocular? En caso afirmativo, explique: _____
- *☐ Yes ☐ No ¿Shunts/stents/bobinas intravasculares? En caso afirmativo, explique: _____
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene clavos, placas, tornillos, etc. para huesos? En caso afirmativo, explique: _____
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene una prótesis o miembro artificial? En caso afirmativo, explique: _____
- *☐ Yes ☐ No ¿Está o podría estar embarazada?
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene algo removible en la boca, es decir, dentaduras postizas, retenedores?
- *☐ Yes ☐ No ¿Tiene maquillaje permanente en los ojos o tatuajes? Si es así, explique: _____

Enumere o comente cualquier otro metal que tenga en su cuerpo: _____

Enumere todas las cirugías anteriores: _____

Consentimiento: He informado al tecnólogo que no tengo ningún dispositivo metálico, como marcapasos, implantes, clips para aneurisma cerebral, ni cuerpos extraños metálicos en los ojos. Certifico que las respuestas a las preguntas de este formulario son correctas según mi leal saber y entender y comprendo la información que se me ha presentado. Se me ha explicado el procedimiento programado y la administración de contraste, si está indicado. Entiendo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

*Firma de la paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del tecnólogo: _____

Fecha: ____ / ____ / ____