

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

Fecha ____/____/____ Número de paciente _____

Nombre _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento ____/____/____ Varón Hembra Parte del cuerpo a ser examinada _____
Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono (domicilio) (____) _____-

Ciudad _____ Teléfono (trabajo) (____) _____-

Provincia _____ Código Postal _____

Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas _____

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopía, endoscopía, 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 exámen 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 ó procedimientos anteriores con MR? No Sí
 Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto ó 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 ó ha recientemente tomado algún medicamento o droga? No Sí
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

7. ¿Es Ud. alérgico/a á algún medicamento? No Sí
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, ó 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, 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 Sí

11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual? No Sí

12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal? No Sí

13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad?
 Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación: _____ No Sí

14. ¿Está amamantado a su bebé? No Sí

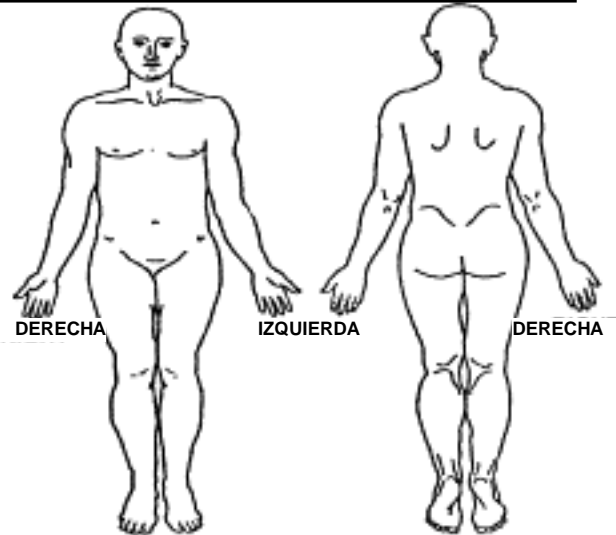


ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). **No entre** a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna 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:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pinza(s) de aneurisma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Semillas ó implantes de radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tatuaje ó maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante electrónico ó dispositivo electrónico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Perforación (piercing) del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante ó dispositivo activado magnéticamente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro implante _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sistema de neuroestimulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problema respiratorio ó desorden del movimiento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estimulador de la médula espinal | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Electrodos ó alambres internos | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estimulador de crecimiento/fusión del hueso | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante coclear, otológico, u otro implante del oído | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bomba de infusión de insulina ó similar | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dispositivo implantado para infusión de medicamento | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prótesis de válvula cardíaca | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Muelle ó alambre del párpado | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Extremidad artificial ó prostética | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Shunt (espinal ó intraventricular) | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Catéter y/u orificio de acceso vascular | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Semillas ó implantes de radiación | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina) | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Implante tipo malla | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Aumentador de tejidos (e.g. pecho) | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc. | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dentaduras ó placas parciales | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Audífono (<i>Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR</i>) | | |

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 audífono, 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: _____ Firma _____ Fecha ____/____/____

Cuestionario lleno por: ρPaciente ρPariente ρEnfermera _____ Nombre en letra de texto _____ Relación con el paciente _____

Información revisada por: _____ Nombre en letra de texto _____ Firma _____

Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Otro _____