



Formulario de Cribado de MRI

Atención: Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted o pueden interferir con el procedimiento de MR (por ej., MRI, angiografía MR, MRI funcional, espectroscopia MRI). No entre en la sala de MR o en el entorno de MR si tiene alguna duda relacionada con algun implante, dispositivo u objeto. Consulte con el técnico de MRI o con el radiólogo ANTES de entrar en la sala de MRI. El imán del sistema de resonancia magnética se encuentra SIEMPRE en funcionamiento.

<input type="checkbox"/> MRI Abierto		<input type="checkbox"/> 1.5T de Fuerza MRI					
Nombre:			Nombre del médico:				
Peso:		Altura:		Edad:			
Sexo:							
Razón de prueba/área de preocupación:							
Medicamentos actuales:							
Alergias a medicamentos conocidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo, favor de explicar:				
Alergias conocidas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo, favor de explicar:				
Recientes cirugías o procedimientos invasivos:							
Historia de cáncer, tumor o linfoma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo, qué tipo:				
¿Tiene una historia de enfermedad renal o diálisis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
	SI	NO	NO Sé		SI	NO	NO Sé
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metralla, balas, BBS En caso afirmativo, donde: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinza(s) de aneurisma intracraneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perno, tornillo, clavo, alambre, placa, etc. en el hueso o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent, filtro o espiral metálicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas, sujetadores o suturas metálicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante coclear, otológico, u otro implante de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros implantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis o miembro artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audífonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrazadera vascular de la arteria carótida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuaje o maquillaje permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentadura postiza o placas en los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de neuroestimulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bomba de infusión de insulina o de otro tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perforaciones en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneana, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muello o alambre en el párpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parche medicinal (Nicotina, Nitroglicerina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha trabajado previamente con metal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Do you certify that the information that appears above is correct to the best of your understanding.

Firma del paciente o enfermera(o)

Firma del tecnólogo

Fecha