

# MRI PROCEDURE SCREENING FORM FORMULARIO PARA EL ESTUDIO DE IRM

**\*\*Los siguientes artículos pueden ser peligrosos o interferir con el estudio de MRI al producir una imagen de mala calidad\*\***

**Indique si tiene alguno de los siguientes:**

(Si necesita ayuda para responder alguna pregunta, pregúntele a un miembro del personal)

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Marcapasos cardiaco o desfibrilador**
- Implante de oído**
- Expansor de tejidos**
- Estimulador nervioso o muscular**

Tipo: \_\_\_\_\_

**\*\*Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores... DETÉNGASE y hable con un miembro del personal inmediatamente.\*\***

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Cualquier tipo de electrodos o alambres internos o externos

Tipo: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Cualquier otro tipo de implante electrónico o magnético

Tipo: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Cualquier broche, espiral, filtro o stent

Tipo: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Cualquier bomba o dispositivo de administración de medicamento  
Prótesis o dispositivo artificial para reemplazar una parte del cuerpo (ojo, rodilla, cadera, pierna, etc.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Audífono
- Dentaduras postizas
- Medicamento en forma de parche
- ¿Está usando un aparato ortopédico?
- ¿Sufrió alguna vez una lesión con un cuerpo extraño metálico (por ejemplo: bala, BB, esquirla, etc.)?

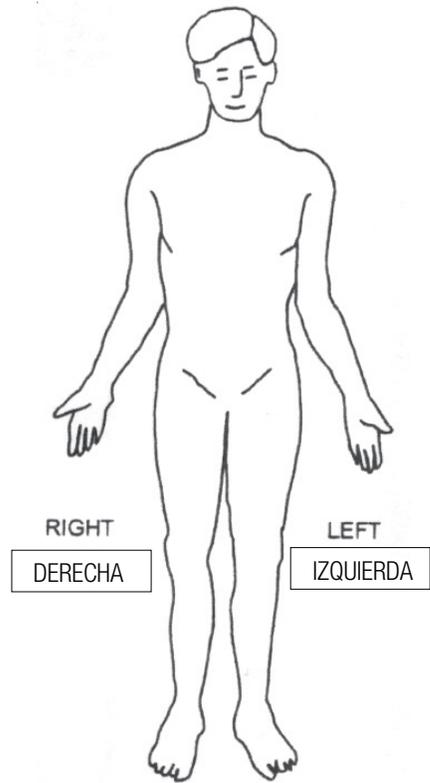
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

¿Tuvo alguna vez una lesión ocular con un objeto metálico?  
Tatuajes faciales (irritación cutánea posible durante el examen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pacientes de sexo femenino solamente:**  
¿Está embarazada o sospecha que está embarazada?  
Dispositivo intrauterino (DIU)  
Pesario (dispositivo de soporte colocado dentro de la vagina)

Marque este dibujo con la ubicación de todos los objetos que tiene dentro del cuerpo.



A mi mejor saber y entender, la información anterior es correcta. He leído todo el contenido de este formulario y tenido la oportunidad de hacer preguntas referentes al formulario.

Nombre del paciente (patient name)  
(escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_

Staff conducting  
History Review (print): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_