

Facility Name: _____

Address: _____

City, State ZIP: _____



HISTORIAL Y CONSENTIMIENTO DE MRI DEL PACIENTE

Effective Date: August 24, 2017


DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Número de Expediente Médico: _____

Fecha del Examen: _____ Médico que le refirió: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Hombre Mujer

ADVERTENCIA: EL IMÁN DEL SISTEMA DE MRI ESTÁ SIEMPRE ENCENDIDO

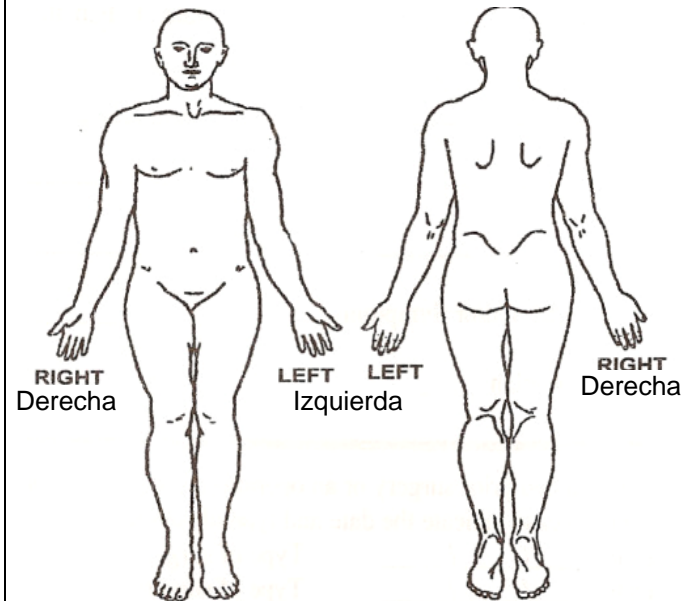
 Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de la resonancia magnética. No entre a la sala del escáner de MRI si tiene alguna pregunta o duda relacionada con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico ANTES de entrar a la sala del escáner de MRI.

TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Lesión en el ojo que involucra metales |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Objeto o fragmento metálico en su cuerpo |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Pinza(s) de aneurisma |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Marcapasos cardíaco |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Cardioversor-desfibrilador implantado (ICD) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Implante o dispositivo electrónico |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Implante o dispositivo activado magnéticamente |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Sistema de neuroestimulación |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Estimulador de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Electrodos ó alambres internos |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Estimulador de crecimiento o fusión del hueso |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Coclear, otológico u otro implante del oído |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Bomba de infusión o insulina |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Dispositivo implantado para infusión de medicina |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc.) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Prótesis de válvula cardíaca |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Muelle ó alambre del párpado |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Extremidad artificial o protésica |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Válvula de derivación (espinal o intraventricular) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Puerto de acceso vascular/catéter |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Implantes o semillas de radiación |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Parche de medicina (Nicotina, Nitroglicerina, etc.) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Implante tipo malla de alambre |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Aumentador de tejidos (del seno o otra área) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Grapas quirúrgicas/ganchos/hilos o puntos de metal |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Varilla en el hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, placa |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Otro implante: _____ |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Dentaduras ó placas parciales |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Tatuaje ó maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Perforación (piercing) del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Aparato del oído (Quitarse el aparato antes de entrar a la sala del escáner de MRI) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Problema respiratorio ó desorden del movimiento |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Claustrofobia |

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo



Debe quitarse Todo objeto metálico en el vestidor, incluyendo:

- teléfono celular y beepers
- llaves
- aparato auditivo
- dentaduras y placas parciales
- los anteojos
- pasadores de pelo y broches
- alfileres
- clip del dinero y monedas
- plumas
- herramientas
- cuchillo de bolsillo
- cortaúñas
- botas / zapatos con punta de acero
- joyas y reloj (incluyendo piercings)
- tarjetas de crédito, de banco y tarjetas de banda
- ropa con cierres metálicos y hilos metálicos
- objetos metálicos sueltos

NOTAS DEL TECNÓLOGO

CALENTAMIENTO DE LA PIEL

★ Las radiofrecuencias del MRI pueden causar calentamiento de los tejidos de la piel. Se tomarán precauciones para evitarlo. Alerta al tecnólogo inmediatamente si tiene sensación de calentamiento de la piel durante su examen del MRI.

Todos los pacientes que tienen estudios de resonancia magnética deben utilizar protección auditiva (tapones para los oídos u orejeras). Sin excepciones.

STATUS DE EMBARAZO Y AMAMANTAMIENTO

★ Recomendamos dejar de dar leche materna al bebe y desechar la leche por 24 horas despues del la inyección de Gadolinio.
Esta usted: Embarazada? Si No **Posiblemente Embarazada?** Si No **Amamantando?** Si No
 Fecha de última menstruación: _____

ARETES (BODY PIERCINGS), IMPLANTES COSMÉTICOS, TATUAJES Y MAQUILLAJE PERMANENTE

★ Un pequeño número de pacientes han experimentado irritación de la piel, hinchazón, moretones o sensación de calentamiento en el sitio de los aretes, implantes cosméticos, tatuajes y maquillaje permanente en asociación con el examen del MRI. **Las personas con estos artículos deben informar al tecnólogo para tomar precauciones.**

HISTORIAL MÉDICO

Motivo o razón para el estudio del MRI?

Qué área es el problema? Que parte del cuerpo?

De qué lado

(izquierda/derecha/arriba/abajo)? _____

Cuando comenzaron los síntomas? _____

Describa el problema que le está dando.

Marque todas las que son aplicables a sus síntomas:

- Agudo (presente o un grado severo e intenso)
 Crónico (persiste mucho tiempo / constantemente)
 Intermitente Transitorio (dura sólo poco tiempo)
 Problema principal Problema secundario

Lista de exámenes en otros centros por este problema: ej.

Laboratorio, Rayos X, del tracto gastrointestinal inferior (GI), enema de bario (BE), ultrasonido, MRI, CT.

Prueba - Fecha - Dónde

Indique las cirugías que ha tenido y las fechas:

Tiene o ha tenido cáncer? Si No

En caso afirmativo: Qué Tipo y que parte del cuerpo?

Qué tipo de tratamiento recibió y cuando?

Se lesionó el área de interés? Si No

En caso afirmativo, los detalles: _____

Anote las medicinas que esté tomando y para qué son:

Ha estado en el hospital durante la última semana?

Si No En caso afirmativo, describa:

Ha experimentado antes algún problema relacionado con el examen o el contraste de MRI? Si No

TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- SI NO Reacción alérgica al contraste de gadolinio
 SI NO Asma o alergia
 SI NO Está usted en diálisis renal

NOTAS DEL TECNOLOGO**CONSENTIMIENTO PARA LA INYECCIÓN DE CONTRASTE**

Debido a su historial medico, o porque su doctor lo ha requerido, una inyección de contraste de gadolinio podria ser necesaria para ayudar al radiólogo a evaluar su examen de MRI.

El contraste se administra a través de una pequeña aguja que se inserta en una vena, generalmente en el interior del codo o del dorso de la mano. La Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado este agente y se considera muy seguro; sin embargo, cualquier inyección tiene riesgo de daño incluyendo lesión de un nervio, arteria o vena, extravasación del contraste debajo de la piel, infección, el potencial de lesión renal; o reacción al contraste.

La agencia de administración de comida y drogas ha aprobado este contraste. Un pequeño porcentaje de pacientes que reciben la inyección de gadolinio podrian sufrir de dolores de cabeza o sentir mareos leves. Muy raramente inflamación podria ocurrir en el area de la inyección. Reacciones muy poco comunes y más graves podrían ocurrir, incluyendo reacciones potencialmente mortales.

YO DOY MI CONSENTIMIENTO a llevar a cabo la inyección de contraste de gadolinio si es necesario.

YO NO ESTOY DE ACUERDO a llevar a cabo la inyección de contraste de gadolinio en este momento.

Consulte con el Técnico si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala del escáner de MRI.

Yo declaro que la información en este cuestionario es correcta. Yo he leído y entendido el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del examen del MRI que voy a tener hoy.

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____

PARA USO DEL PERSONAL: Screening Performed By: MR Technologist Nurse Radiologist _____

Staff Signature: _____ Print Name: _____