



50043

**MAGNETIC RESONANCE (MRI) PROCEDURE SCREENING FORM**  
**RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN)**  
**FORMULARIO PARA RECONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO**

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE DE PILA

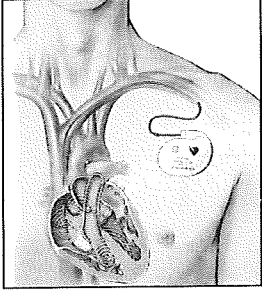
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
MES DÍA AÑO

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

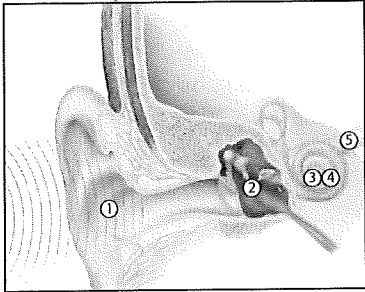
**SI TIENE IMPLANTADO ALGUNO DE LOS DISPOSITIVOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN, NO PODRÁ SOMETERSE A UNA RMN.**

**Marcapasos/Desfibrilador (ICD)**



**DETÉNGASE**

**Implante coclear**



**IMPORTANTE**

Usted debe quitarse la ropa y los zapatos, todos los objetos metálicos incluyendo audífonos, llaves, buscapersonas, teléfonos celulares, gafas, broches para el cabello, hebillas, alhajas, alhajas de perforaciones corporales, relojes, broches de seguridad, grapas para papel, grapas para dinero, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas con tiras magnéticas, monedas, bolígrafos, navajas, cortaúñas, cortacutículas, herramientas.

Sírvase consultar al Técnico o Enfermera/o de RMN si tiene alguna pregunta o preocupación ANTES de ingresar a la sala del sistema de RMN.

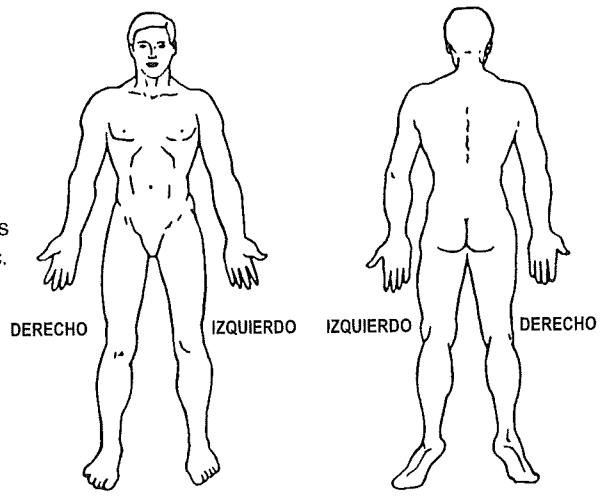
Por favor, indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí  No Marcapasos cardiaco o cables de estimulación cardiaca
- Sí  No Desfibrilador cardioversor implantable (ICD)
- Sí  No Implante coclear, otológico u otro tipo de implante de oído
- Sí  No Expansores de tejido (ej., de mama)
- Sí  No Implante de dispositivo de infusión de fármacos
- Sí  No Clip(s) de aneurisma, Cuando \_\_\_\_\_
- Sí  No Neuroestimulador (Estimulación cerebral profunda)
- Sí  No Otro estimulador: \_\_\_\_\_
- Sí  No Prótesis (ojo, pene, extremidad, etc.)
- Sí  No Válvula cardiaca artificial
- Sí  No Resorte o alambre para párpado
- Sí  No Stents, filtros o espirales
- Sí  No Derivaciones programables
- Sí  No Catéter o sonda de alimentación con punta metálica
- Sí  No Semillas de radiación
- Sí  No Parche de medicamento (nicotina, nitroglicerina)
- Sí  No Algún fragmento metálico, cuerpo extraño o balas
- Sí  No Grapas quirúrgicas, clips, suturas metálicas o mallas metálicas
- Sí  No Refuerzos óseos o de articulaciones, tornillos, clavos, alambres, placas, etc.
- Sí  No IDIU, diafragma o pesario
- Sí  No Dentaduras postizas o aparatos dentales
- Sí  No Tatuajes, maquillaje permanente o perforaciones corporales
- Sí  No Audífono auxiliar auditivo (Retirar antes de entrar a la sala de RMN)
- Sí  No Problema respiratorio y trastorno motor
- Sí  No Claustrofobia
- Sí  No Extensiones de cabello

Motivo de la RMN \_\_\_\_\_

Síntomas \_\_\_\_\_

Marque en la(s) figura(s) a continuación el sitio de algún implante o metal en su cuerpo



**MAGNETIC RESONANCE (MRI) PROCEDURE SCREENING FORM**  
**RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN)**  
**FORMULARIO PARA RECONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO**

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

Su RMN puede requerir la administración de contraste para RMN. Se le suministrará por inyección a través de una pequeña aguja que se le colocará en la vena. Puede que experimente una sensación cuando se le inyecte el contraste, que es normal y esperable.

¿Alguna vez le inyectaron contraste? (Gadolinio)

¿Alguna vez tuvo, como consecuencia del contraste de RMN, alguno de los siguientes síntomas?

Urticaria:

No  Sí

Dificultad para respirar:

No  Sí

Desmayo o colapso:

No  Sí

**Sírvase consultar al personal de RMN si tiene alguna pregunta o preocupación ANTES de ingresar a la sala del sistema de RMN.**

1. ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ KG \_\_\_\_\_ LIBRAS

2. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades?  Nefropatía  Convulsiones  Enfermedad respiratoria

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

3. ¿Le realizan diálisis?  No  Sí

4. ¿Ha tenido alguna cirugía u operación anterior (p. ej., cirugía de corazón, artroscopia) de algún tipo?  No  Sí

En caso afirmativo, por favor indique la fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez tuvo una lesión en los ojos relacionada con un objeto o fragmento metálico  No  Sí

(p. ej., astillas metálicas, virutas, cuerpos extraños, etc.)?

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez sufrió la lesión de un cuerpo metálico o cuerpo extraño (p. ej., perdigón, bala, metralla, etc.)?  No  Sí

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

7. Mencione alergias: \_\_\_\_\_

**Para mujeres:**

8. ¿Está embarazada o sospecha que podría estarlo?  No  Sí

9. Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ¿Ha tenido la menopausia?  No  Sí

10. ¿Está amamantando?  No  Sí

Doy fe de que la información aquí contenida es correcta a mi leal saber y entender. He leído y comprendo todo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información del mismo y al procedimiento de RMN al que me someteré.

Firma de la persona que respondió el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Información del formulario revisada por: \_\_\_\_\_

Formulario respondido por:  Paciente  Familiar  Enfermera/o: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del familiar del paciente: \_\_\_\_\_

**FILLED OUT BY MRI TECHNOLOGIST --- MRI TECHNOLOGIST VERIFICATION**

1. Technologist read and signed the MRI screening sheet?  Yes  No

2. Patient was verbally screened?  Yes  No

3. Patient passed through the Ferromagnetic Portal?  Yes  No

NA (Non-Ambulatory)

4. Patient was wanded?  Yes  No

5. I asked the patient if they had a pacemaker and or ICD (Implanted cardiac Defibrillator)?  Yes  No

MRI Technologist Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM/PM

I attest to the above.