



Servicios de Diagnóstico por Imágenes

**CUESTIONARIO PARA IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA –
AMBULATORIO**
(Imaging Services)
(MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) QUESTIONNAIRE – OUTPATIENT)

Instruction:

To be completed by patient prior to MRI.

Side 1 of 2

Sexo: Masculino Femenino Edad: _____ Peso estimado: _____ Estatura estimada: _____
 Motivo para IMR/MRI y/o síntomas: _____

Médico remitente: _____

Otro médico que necesita los informes: _____



ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos u objetos podrían ser peligrosos para usted y/o podrían interferir con el procedimiento de IMR/MRI. No entre en el cuarto de sistema IMR/MRI o en sus alrededores si tiene preguntas o inquietudes sobre algún implante, dispositivo u objeto. ANTES de entrar al cuarto de IMR/MRI consulte con el tecnólogo. El imán de IMR/MRI SIEMPRE está prendido.

Tiene usted, o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Catéter Swan-Ganz o de termodilución |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pinza(s) de aneurisma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parche cutáneo (e.g., Nicotina, Nitroglicerina, para el dolor) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desfibrilador cardioversor implantable (ICD) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dispositivo o implante electrónico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante de malla de alambre |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante o dispositivo magnéticamente activado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expansor de tejido (e.g., de seno) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sistema neuroestimulador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grapas quirúrgicas, pinzas o suturas metálicas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estimulador de la médula espinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reemplazo de articulación (e.g., cadera, rodilla) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Electrodo(s) o alambres internos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Broche, tornillo, clavo, alambre o placa de Hueso/ articular |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estimulador para crecimiento/fusión ósea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No DIU, diafragma o pesario |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante coclear, otológico, u otro | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dentaduras postizas o planchas parciales |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Insulina u otra bomba de infusión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lentes de contacto de color |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aparato implantable de infusión de medicamento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tatuaje o maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier tipo de prótesis (e.g., ojo, penil) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyas/aretes de perforación corporal |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis de válvula del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Audífonos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resorte o alambre de párpado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro implante: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad artificial o prostética | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema para respirar o trastorno del movimiento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Malla, filtro o bobina metálica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derivación (e.g., espinal, intraventricular) | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puerto de acceso vascular y/o catéter | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Semillas o implantes radioactivos | |

- ¿Le han realizado alguna cirugía previa u operación (e.g., artroscopia, endoscopia) de cualquier tipo?
 Sí No De ser así, por favor indique la fecha y el tipo de cirugía:
 Fecha: _____ Tipo de cirugía: _____
 Fecha: _____ Tipo de cirugía: _____
- ¿Le han realizado un estudio previo de diagnóstico por imágenes o examen de la misma parte del cuerpo a la que hoy le hacemos estudio de diagnóstico por imágenes (MRI, Tomografía computarizada (CT en inglés), Ultrasonido, Radiografía, etc.)?
 Sí No Ser así, mencione: _____
- ¿Alguna vez ha realizado trabajo con metales/soldadura? Sí No
 De ser así, por favor indique si siempre utilizo protección para los ojos? Sí No
- ¿Ha sufrido alguna lesión en el ojo que involucre un objeto o fragmento metálico (e.g., astillas metálicas, virutas, cuerpos extraños, etc.)? Sí No
- ¿Alguna vez se ha lesionado con un objeto o cuerpo extraño metálico (e.g., perdigón, bala, metralla, etc.)?
 Sí No De ser así, describa: _____

**CUESTIONARIO PARA IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA –
 AMBULATORIO**
 (Imaging Services)
(MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) QUESTIONNAIRE – OUTPATIENT)

Side 2 of 2

6. ¿Está embarazada o posiblemente lo está? Sí No
7. ¿Está amamantando? Sí No
8. ¿Es alérgico a algún medicamento?
 Sí No De ser así, mencione y describa la reacción alérgica: _____
9. ¿Tiene historial de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria o reacción a un examen con medio de contraste o tintura usada para MRI, CT, o radiografía? Sí No De ser así, describa: _____
10. ¿Tiene anemia o alguna(s) enfermedad(es) que le afecta la sangre, historial de enfermedad renal, insuficiencia renal, trasplante de riñón, alta presión (hipertensión), enfermedad del hígado, historial de diabetes, o convulsiones?
 Sí No De ser así, describa: _____

Por favor complete la siguiente sección SÓLO si se le ha programado para un MRI de la cabeza o la columna vertebral. De otro modo, proceda a la sección de la firma al calce/pie de la página.

1. ¿Alguna vez ha recibido tratamientos de radioterapia? Sí No
2. ¿Alguna vez ha recibido quimioterapia? Sí No
3. ¿Padece de dolores de cabeza? Sí No
4. ¿Padece de pérdida de la memoria? Sí No
5. ¿Tiene problemas para caminar? Sí No
6. ¿Sufre de mareos? Sí No
7. ¿Tiene vista borrosa? Sí No

Si tiene cualquiera de los siguientes, por favor márkuelo:	Sí	No	De ser así, qué lado:		
			Derecho	Izquierdo	Ambos
Dolor facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimiento/parálisis facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosquilleo/adormecimiento/debilidad /parálisis del brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosquilleo/adormecimiento/debilidad/parálisis de pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVISO: Es necesario utilizar tapones de oídos u otra protección auditiva durante el procedimiento de MRI para prevenir problemas o riesgos relacionados con el ruido acústico.

Yo doy fe de que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Leí y comprendo el contenido de este formulario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas respecto a la información en el mismo y al procedimiento de MRI al que estoy a punto de ser sometido.

_____ / ____ / ____
 Firma del Paciente o Persona Autorizada Relación de la Persona Autorizada con el Paciente Fecha Hora
 (Signature of Patient/Representative) (Relationship to Patient) (Date) (Time)

Interpretation: The information has been presented to the: patient representative decision maker in: _____
 The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language _____

 Interpreter Name Agency and ID# (if applicable)

_____ / ____ / ____
 Witness Signature Print Name Date Time