

**CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNETICA (MR)  
PARA PACIENTES**

Fecha \_\_\_\_\_ Numero de paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad      Altura      Peso       
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento     /    /     Varón  Hembra  Parte del cuerpo a ser examinada \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono (domicilio) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Motivo para el estudio de MRI y/o sintomas \_\_\_\_\_

Medico que le refirió \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. Anteriormente, c,le han hecho alguna cirugla u operación (e.g., artroscopia, endoscopia, etc.) de cualquier tipo?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha     /    /     Tipo de cirugía \_\_\_\_\_  
 Fecha     /    /     Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

2. Anteriormente, c,le han hecho algun estudio o examen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, describalos a continuación:

Parte del Cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
MRI	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	_____
CT/CAT	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	_____
Rayos-X	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	_____
Ultrasonido	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	_____
Medicina Nuclear	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	_____
Otro	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	_____

3. c,Ha tenido algun problema relacionado con estudios ó procedimientos anteriores con MR?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, describalos: \_\_\_\_\_

4. c,Se ha golpeado el ojo con un objeto ó fragmento metalico (e.g., astillas metalicas, virutas, objeto extraño, etc.)?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

5. c,Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metalico u objeto extraño (e.g. perdigones, bala, metralla, etc.)?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

6. (.Esta actualmente tomando ó ha recientemente tomado algun medicamento o droga?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

7. c,Es Ud. alergico/a a algun medicamento?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

8. (.Tiene historia de asma, reacción alergica, enfermedad respiratoria, ó reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X?  No  Si

9. (.Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algun episodio de enfermedad de riñón, fracaso de riñon, un transplante de riñón, hipertensión, la historia de la diabetes, relativo al hígado ó de ataques epilepticos?  No  Si  
 Si respondió afirmativamente, describalos: \_\_\_\_\_

Para los pacientes femeninos:

10. Fecha de su último periodo menstrual:     /    /     En la menopausia?  No  Si

11. (.Esta embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual?  No  Si

12. (.Esta tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal?  No  Si

13. (.Esta tomando algun tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad?  No  Si

Si respondió afirmativamente, describalos a continuación: \_\_\_\_\_  No  Si

14. (.Esta amamantando a su bebe?  No  Si

Translated with permission Olga Fernandez-Flygare, M.S., Brain Mapping Center, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA

PATIENT LABEL



\*RADIOLOGY\*

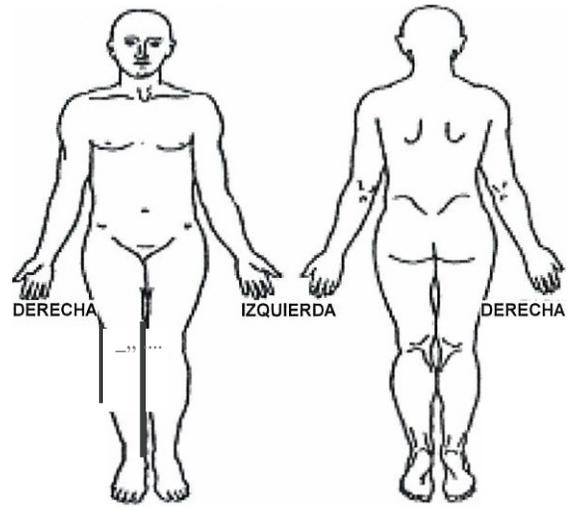


**ADVERTENCIA:** Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnetica (es decir, MRI, MR angiografia, MRI funcional, MR espectroscopia). No entre a la sala del escaner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el tecnico o radiologo de MRI ANTES de entrar a la sala del escaner de MR. Recuerde que el iman del sistema MR esta SIEMPRE encendido.

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Si  No Pinza(s) de aneurisma
- Si  No Marcapasos cardiaco
- Si  No Implante con desfibrilador para conversion cardiaca (ICD)
- Si  No Implante electronico o dispositivo electronico
- Si  No Implante o dispositivo activado magneticamente
- Si  No Sistema de neuroestimulacion
- Si  No Estimulador de la medula espinal
- Si  No Electrodo(s) o alambres internos
- Si  No Estimulador de crecimiento/fusion de) hueso
- Si  No Implante coclear, otologico, u otro implante del oido
- Si  No Bomba de infusion de insulina o similar
- Si  No Dispositivo implantado para infusion de medicamento
- Si  No Cualquier tipo de protesis (ojo, peneal, etc.)
- Si  No Protesis de valvula cardiaca
- Si  No Muelle o alambre de! parpado
- Si  No Extremidad artificial o protetica
- Si  No Malla meta lica (stent), filtro, o anillo metalico
- Si  No Shunt (espinal o intraventricular)
- Si  No Cateter y/u orificio de acceso vascular
- Si  No Semillas o implantes de radiacion
- Si  No Cateter de Swan-Ganz o de termodilucion
  
- Si  No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicer ina)
- Si  No Cualquier fragmento metalico o cuerpo extrafio
- Si  No Implante tipo malla
- Si  No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Si  No Grapas quirurgicas, clips, o suturas metalicas
- Si  No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Si  No Vari lla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Si  No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, o pesario
- Si  No Dentaduras o placas parciales
- Si  No Tatuaje o maquillaje permanente
- Si  No Perforacion (piercing) del cuerpo
- Si  No Audifono (*Quiteselo antes de entrar a la sala def escaner de MR*)
- Si  No Otro implante \_\_\_\_\_
- Si  No Problema respiratorio 6 desorden del movi miento
- Si  No Claustrofobia

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



**¡AVISO IMPORTANTE!**

Antes de entrar a la zona de MR 6 a la sala del escaner de MR, tendra que quitarse todo objeto metalico incluyendo audifono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, telefono celular, leotes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de credito 6 de banco, toda tarjeta con banda magnetica, monedas, plumas, cuchillos, corta uuias, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metalicos.

Por favor consulte con el Tecnico de MRI 6 Radiologo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escaner de MR.

**NOTA:** Es posible se le pida usar auriculares u otra proteccion de sus oidos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas 6 riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escaner de MR.

Atestiguo que la información anterior es correcta segun mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Finna

Cuestionario llenado por: DPaciente OPaciente DEnfermera \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de texto Relación con el paciente

Información revisada por: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de texto Firma

D Tecnico de MRI D Enfermera D Radiologo D Otro \_\_\_\_\_

Translated with permission Olga Formicelli-Figueroa, M.S., Brain Mapping Center, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA