



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS • FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PARA LA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) *DIAGNOSTIC TESTS • MRI SCREENING FORM*

Fecha: _____ Núm. de tel./Celular: _____

Paciente nuevo para resonancia magnética Paciente actual o de regreso

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____

1. ¿Alguna vez le han hecho a usted una cirugía u otro procedimiento invasivo? No Sí De ser que sí, favor de anotarla abajo.

Tipo: _____ Fecha: ____/____/____
Tipo: _____ Fecha: ____/____/____

2. ¿Ha trabajado alguna vez con metales (triturándolos, fabricándolos, etc.) o se ha lastimado el ojo con un objeto metálico (p. ej., astillas de metal, virutas de metal, o perdigones)? No Sí

De ser que sí, favor de describir: _____

3. ¿Está usted embarazada o se le ha retrasado la menstruación? No Sí



Advertencia: Puede que algunos de los siguientes artículos sean **sumamente** peligrosos para su seguridad y algunos pueden interferir con el examen de resonancia magnética. Por favor marque 'No' o 'Sí' si usted tiene lo siguiente.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Fragmentos de metralla, perdigones, o balas |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante de desfibrilador cardíaco | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dispositivo intrauterino (IUD) o diafragma |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Clip de aneurisma o clip cerebral | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Pesario o anillo para la vejiga |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Pinza vascular para la arteria carótida | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Delineador de ojos o cejas tatuadas |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Neuroestimulador | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Perforaciones corporales |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Bomba de insulina o infusión | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Fragmentos de metal (ojo, cabeza, oído, piel) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante de dispositivo de infusión para medicinas | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Estiramiento facial u otra cirugía cosmética |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Estimulador de fusión espinal | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Alambres internos de estimulación cardíaca |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante coclear, otológico o de oído | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Clips aórticos |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Tubos para los oídos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Filtro venoso |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Prótesis (ojo/orbital, del pene, etc.) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implantes de metal o de mallas metálicas |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante sujetado por un imán | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Suturas de alambre o grapas quirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Prótesis de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Varillas de Harrington (espina dorsal) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Extremidad o articulación artificial | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Varillas de metal en los huesos; prótesis articular |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Otros implantes en el cuerpo o la cabeza | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Clavo óseo/articular, tornillo, clavo (el que se usa en la construcción), placa de |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Electrodos (en el cuerpo, la cabeza o el cerebro) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Peluca, tupé o implante de cabello |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Stents, filtros o espirales intravasculares | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Audífono (quítelo antes del escán) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Derivación (espinal o intraventricular) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dentadura postiza (quítela antes del escán) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Puerto de acceso vascular o catéteres | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Asma o trastornos respiratorios |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Catéter Swan-Ganz | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Trastornos renales |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Parches transdérmicos con medicamento (quítelos antes del escán) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Convulsiones o trastornos de movimiento |
| | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Claustrofobia |

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER

725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS • FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PARA LA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)
DIAGNOSTIC TESTS • MRI SCREENING FORM



INSTRUCCIONES IMPORTANTES: Quítese todos los objetos metálicos que traiga antes de entrar a la sala o al entorno de la resonancia magnética incluyendo audífonos, bíper, teléfono celular, llaves, anteojos, pasadores para el cabello, broches, joyería (incluyendo la de las perforaciones corporales), reloj, seguros/alfileres, sujetapapeles, sujeta billetes, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas con bandas magnéticas, monedas, plumas, navaja, cortaúñas, botas o zapatos con punteras de acero y herramientas. Los objetos metálicos sueltos están particularmente prohibidos en la sala y en el entorno de resonancia magnética.

Por favor consulte con el técnico de MRI o con el radiólogo si usted tiene alguna pregunta o inquietud ANTES de entrar en la sala de resonancia magnética.

Se requieren tapones para los oídos durante el examen de MRI.

Fecha: ____/____/____

Firma de la persona que completa el formulario

Form completed by: Patient Relative: _____
Print Name & relationship to patient

Physician or other: _____
Print Name & relationship to patient

DATE	TIME	Reviewed by:	<input type="checkbox"/> MRI Technologist <input type="checkbox"/> Radiologist
		PRINT Name:	<input type="checkbox"/> SAFESCAN INITIALS: _____