



AS0050

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - MEDICAL IMAGING SPANISH

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

Fecha: ____/____/____ Numero de paciente: _____

Nombre: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ o Varon o Hembra

Parte del cuerpo a ser examinada: _____

Historia clínica del paciente:

1. ¿Ha tenido cirugía previa o una operación (por ejemplo, artroscopia, endoscopia, etc.) de cualquier tipo? o Sí o No

En caso afirmativo, indique la fecha y tipo de cirugía:

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía: _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía: _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía: _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía: _____

2. ¿Han tenido un estudio previo de imagen diagnóstico o examen (MR1, CT, ultrasonido, rayos x, etc.)?

MRI: _____ Fecha: ____/____/____

CT: _____ Fecha: ____/____/____

Ultrasonido: _____ Fecha: ____/____/____

Rayos X: _____ Fecha: ____/____/____

Medicina Nuclear: _____ Fecha: ____/____/____

Otros: _____ Fecha: ____/____/____

3. ¿Ha tenido cualquier problema relacionado con un anterior examen MR1 o Procedimiento de MR? o Si o No

4. ¿Ha tenido lesiones en el ojo con un objeto metálico o fragmento (e.g. metálicas astillas, virutas, cuerpo extraño, etc.)? o Si o No

5. ¿Usted ha sido herido por un objeto metálico o cuerpo extraño (por ejemplo, BB, bala, metralla, etc.)? o SI o No

En caso afirmativo, describa: _____

6. ¿Está tomando actualmente o recientemente ha tomado cualquier medicamento o droga? o Sí o No Si responde sí, indíquelos: _____

7. ¿Es usted alérgico a algún medicamento? o Sí o No Si responde sí, indíquelos: _____

8. ¿Tienes antecedentes de asma, alergia, enfermedades respiratorias o reacción a un medio de contraste o colorante utilizado para un examen de MRI, CT o rayos x? o Sí o No

9. ¿Tienes anemia o alguna enfermedad (s) que afecta a la sangre, antecedentes de enfermedad renal (riñón), insuficiencia renal (renal). ¿trasplante de renal (riñón), enfermedad (hepática) hipertensión arterial (hipertensión), hígado, antecedentes de diabetes, o crisis convulsivas? o Sí o No Si responde sí, indíquelos: _____



AS0050

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - MEDICAL IMAGING SPANISH

Para las mujeres:

A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, NO HAY posibilidad de que pudiera estar embarazada y deseo de continuar con mis RM ORDENADO POR MI MEDICO. En caso de haber una posibilidad de que yo pueda estar embarazada, he discutido y había respondido por mi médico, radiólogo y el técnico, cualquier preocupación que pueda tener con respecto a mi resonancia magnética. RECONOZCO QUE NO HAY DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO LEGAL EMBARAZO Y RM. Como se indica en las políticas, directrices y recomendaciones para MR Seguridad de imagen y Gestión de Pacientes emitido por el Comité de Seguridad de la Sociedad de Imagen por Resonancia Magnética en 1991, "la RM puede ser utilizado en mujeres embarazadas si otras formas no ionizantes de diagnóstico por imagen son inadecuados o si el estudio proporciona información importante que de otro modo requeriría la exposición a la radiación ionizante (por ejemplo, fluoroscopia, TC, etc.). Las pacientes embarazadas deben ser informados de que, hasta la fecha, no ha habido ninguna indicación de que el uso de la RM clínica durante el embarazo ha producido efectos nocivos. "Esta política ha sido adoptada por el Colegio Americano de Radiología y se considera que es el" estándar de cuidar "con respecto a la utilización de procedimientos de RM en pacientes embarazadas. Es importante destacar que esta información se aplica a los sistemas de RM que operan hasta e incluyendo 3-Tesla independientemente del trimestre.

Motivo de la resonancia magnética y / o síntomas (dolor, hinchazón, mareos, disminución de debilidad, etc.)

Nombre Tecnólogo

Tecnólogo Firma

Fecha/Hora



AS0050

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - MEDICAL IMAGING SPANISH

ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). No entre a la sala del escáner 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 técnico o radiólogo de MRI ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.

¡AVISO IMPORTANTE!

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Checklist of medical conditions and implants with 'Sí' and 'No' options, including items like aneurysm clips, heart pacemakers, ICDs, electronic implants, neurostimulation systems, spinal stimulators, internal electrodes, bone growth stimulators, cochlear implants, insulin pumps, medication infusion devices, prostheses, cardiac valves, eyelid wires, artificial limbs, metal mesh/stents, shunts, vascular catheters, radiation implants, Swan-Ganz catheters, nicotine patches, metal fragments, mesh implants, tissue expanders, surgical clips, artificial joints, bone rods, IUDs, dental braces, tattoos, piercings, hearing aids, respiratory problems, and claustrophobia.



AS0050

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - MEDICAL IMAGING SPANISH

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escáner de MR. Atestigo que la información anterior es correcta según 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/Hora_____

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente Enfermera

Nombre en letra de texto: _____

Relación con el paciente: _____

Información revisada por: _____

Nombre en letra de texto Firma: _____

Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Ortro

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala de/ escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audifono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body pírcing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos. Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.