

PACIENTE DE MRI INVESTIGACIÓN

Nombre Del Paciente _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Su Peso _____ Su Edad _____

CIRCULA LA RESPUESTA CORRECTA - SI USTED CONTESTA "SÍ" A CUAL QUIERA DE LAS PREGUNTAS 1-5, POR FAVOR NOTIFICALO A ALGUIEN

1. No Sí ¿usted tiene marcapasos?
2. No Sí ¿usted tenía siempre fragmentos del metal en sus ojos?
3. No Si ¿"sí", se han quitado? Cuándo? _____
4. No Sí ¿usted tenía siempre cirugía del cerebro?
5. No Si ¿sí, usted tiene clips del cerebro?

SI USTED CONTESTÓ SÍ A CUALESQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE 1-5, NOTIFICA POR FAVOR A ALGUIEN ANTES DE CONTINUAR

6. No Sí ¿usted tiene trabajo dental desprendible?
7. No Sí ¿usted tiene asma?
8. No Sí ¿usted claustrofobia?

LOS PUNTOS SIGUIENTES PUEDEN INTERFERIR CON PROYECCIÓN DE IMAGEN DE MRI, Y UN CIERTO MAYO COMPROMETE SU SEGURIDAD. POR FAVOR INDIQUE CON Una MARCA De CHEQUE SI USTED TIENE CUALESQUIERA De ESTOS ARTÍCULOS EN SU CUERPO.

- | | |
|--|--|
| _____ Clips Aórtico | _____ Reemplazos de Articulacion |
| _____ Clips Carótida | _____ Tornillos en el hueso o en alguna articulacion |
| _____ Válvula Del Corazón Reemplazo | _____ Prótesis |
| _____ Bomba De la Insulina o portuario | _____ Malla de metal |
| _____ Bomba De la Infusión (De Porta) | _____ Suturas Del Alambre |
| _____ Prótesis De Oído (Audiófono) | _____ Shrapnel/BB's/Buckshot |
| _____ Implante Coclear en del oído | _____ Cualquier otro metal o cuerpo extranjero |
| _____ Prótesis en el Cerebro | Describe _____ |
| _____ Implante de Pene | |

- No Sí ¿usted a tenido radiografías del área que estamos explorando hoy?
Si ¿Sí, cuando? ¿_____ dónde? _____
No Sí ¿usted a tenido un MRI anterior del área que estamos explorando hoy?
¿Sí, cuando? ¿_____ dónde? _____

Mujeres Solamente

- No Sí ¿usted esta embarazada?
No Sí ¿usted tiene un IUD? ¿Si sí, qué clase? _____

Este procedimiento será explicado a usted, y todas sus preguntas antes del procedimiento "MRI".

Yo no tengo marcapasos, ni tampoco le tenido una cirugía que requiera clips para un aneurismo. No tengo coclear en el oído, ni tengo cuerpos metálicos en el ojo. Soy completamente enterado que si tengo cualquiera del antedicho, una exploración de MRI podría ser peligrosa a mi salud. Las preguntas antes mencionada se han contestado sinceramente, y convengo el estudio de MRI.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____