

CUESTIONARIO PARA (RM)

Primer nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1) En una frase, por favor, describa cual es el problema que lo trajo a nuestra oficina este día; incluya cualquiera de los síntomas que presenta: _____

2) Ha tenido otro estudio relacionado a este problema, por favor de indicar ¿qué prueba? ¿Y qué centro?

3) Por favor indique cualquier cirugía que haya tenido: _____

4) Alguna vez le han dicho que tiene cáncer? SI NO En caso afirmativo, Qué parte del cuerpo está afectado?

5) Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? SI NO

6) Está dando pecho? SI NO

7) Tiene antecedentes de enfermedad de células falciformes SI NO

Por favor indique si tiene cualquiera de las siguientes iniciales:

- SI NO Aneurisma broche (s)
- SI NO Marcapaso cardíaco
- SI NO Estimulador del sistema nervico lógico
- SI NO Dispositivo implantado
- SI NO Prótesis valvular cardíaca
- SI NO Extremidad protésica o artificial (cadera, rodilla, etc.)
- SI NO Moldura metálica, filtro o bobina
- SI NO Derivación (espinal o intraventricular)
- SI NO Parche de medicamento (Nitroglicerina, Nicotina,)
- SI NO Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño incluyendo los ojos
- SI NO Grapas quirúrgicas o suturas metálicas
- SI NO Implante coclear, u otro implante
- SI NO DIU, el diafragma o pesario
- SI NO Tatuajes, maquillaje permanente o joyas en cualquier parte del cuerpo
- SI NO Dispositivo para audición (Remover antes de entrar a la sala de RM)

ADVERTENCIA: Antes de entrar al cuarto de RM, debe retirar todos los Objetos metálicos (Cinturones, llaves, anteojos, tarjetas de banda magnética, sostén con metal, broches, monedas, joyería perforada en el cuerpo) Objetos electrónicos (Celulares, reloj, Mp3 etc.) Objetos que pueden ser peligrosos para usted y / o puedan interferir con el procedimiento de RM. No entre a la sala de RM si usted tiene preguntas o preocupaciones con respecto a un implante, dispositivo u objeto. Consulte al tecnólogo o radiólogo antes de entrar. El imán del sistema SIEMPRE esta encendido. Yo certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entiendo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información de este formulario y en relación con el procedimiento de RM al que me voy a someter.

Firma del paciente/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA CONTRASTE DE (RM) El equipo de RM interrumpirá el examen para darle un químico llamado ("Gadolinio") por una vena de su brazo. La inyección de Gadolinio no causa dolor, pero tal vez pueda sentir malestar, hormigueo/calor en los labios, sabor metálico en la boca, hormigueo en el brazo, náuseas o dolor de cabeza. Estos síntomas ocurren en menos de 1% (menos de 1 en 100) de las personas y desaparecen rápidamente. Muy rara vez, puede haber una reacción alérgica, pero hay menos de una en 300,000 posibilidades de que sea severa. La inserción de una aguja de plástico también puede causar dolores leves, contusiones, y una infección en el lugar de la inyección.

¿Tiene alguna enfermedad de los riñones? SI NO

¿Alguna vez ha experimentado una reacción alérgica al contraste Gadolinio? SI NO

Firma del paciente/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____