

MRI QUESTIONNAIRE

Patient Name _____ Date of birth: _____

1. In one sentence, please describe what the problem is that brought you to our office today, include any symptoms you experience:

2. If you had any other test related to this problem, please list the test and the facility where the test was performed?

3. Please list any surgeries that you have had: _____

4. If you have cancer, please list what body part is affected: _____

5. Is there any chance you could be pregnant? YES NO

6. Are you currently breastfeeding? YES NO

7. Do you have history of sickle cell disease? YES NO

PLEASE INDICATE IF YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING:

YES NO Aneurysm clip Date _____

YES NO Cardiac pacemaker Date _____

YES NO Neurostimulation system Date _____

YES NO Any Implanted device Type _____ Date _____

YES NO Heart valve prosthesis Date _____

YES NO Artificial or prosthetic limb or joint replacement Date _____

YES NO Metallic stent _____ Filter _____ Coil _____

YES NO Shunt (spinal or intraventricular) Date _____

YES NO Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)

YES NO Any metallic fragment or foreign body within the eye Date _____

YES NO Surgical staples _____ Clips _____ Metallic sutures _____

YES NO Cochlear, or other ear implant Date _____

YES NO IUD _____ Diaphragm _____ Pessary _____

YES NO Tattoo _____ Permanent makeup _____ Body piercing _____ Jewelry _____

YES NO Hearing aid (Remove before entering MR system room)

WARNING: Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens pocketknife, nail clippers, tools clothing with fasteners, & clothing with metallic threads. Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and / or may interfere with the MR procedure. Do not enter the MR system room or MR environment if you have questions or concerns regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist BEFORE entering the MRI system room. The MR system magnet is ALWAYS on. I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I read and understand the content of this form and had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MR procedure that I am about to undergo.

Patient signature/Patient Guardian: _____ **Date:** _____

CONSENT FOR USE CONTRAST MATERIAL FOR MRI: The MRI staff will interrupt your scanning procedure to give you a chemical compound ("Gadolinium") through a vein in your arm. The injection of Gadolinium does not cause pain, but you may feel discomfort, tingling, or warmth in the lips metallic taste in the mouth, tingling in the arms, nausea, or headache. These symptoms occur in less than 1% (less than 1 in 100) of people and go away quickly. Very rarely, there may be an allergic reaction, but there is less than a one in 300,000 chance that this will be severe. Insertion of a small plastic needle may also cause minor pain, bruising, and/or infection at the injection site.

Do you have any kidney disease? YES NO **Do you have an allergy to Gadolinium?** YES NO

I confirm that I have read and fully understand the above and have been given the opportunity to ask questions.

I represent to radiology staff that I am eligible to give this consent.

Patient signature/Patient Guardian: _____ **Date:** _____

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 esté 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) Fecha _____

SI NO Marcapaso cardíaco Fecha _____

SI NO Estimulador del sistema nervico lógico Fecha _____

SI NO Dispositivo implantado Tipo _____ Fecha _____

SI NO Prótesis valvular cardíaca Fecha _____

SI NO Extremidad protésica o artificial (cadera, rodilla, etc.) Fecha _____

SI NO Moldura metálica _____ Filtro _____ Bobina _____

SI NO Derivación (espinal o intraventricular) Fecha _____

SI NO Parche de medicamento (Nitroglicerina, Nicotina,) Fecha _____

SI NO Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño incluyendo los ojos Fecha _____

SI NO Grapas quirúrgicas _____ Suturas metálicas _____

SI NO Implante coclear, u otro implante Fecha _____

SI NO DIU _____ el diafragma _____ Pesario _____

SI NO Tatuajes _____ Maquillaje permanente _____ 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: _____