

# CARLSBAD IMAGING CENTER

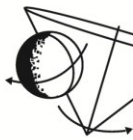
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125

CARLSBAD, CA 92011

PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833

ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM

WWW.CARLSBADIMAGING.COM



# IMPERIAL RADIOLOGY

2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A

IMPERIAL, CA 92251

PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341

ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

## 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

### 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 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 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)
- YES  NO Pain Pump
- YES  NO Insulin Pump

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. Print patient name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# CARLSBAD IMAGING CENTER

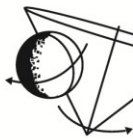
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125

CARLSBAD, CA 92011

PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833

ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM

WWW.CARLSBADIMAGING.COM



# IMPERIAL RADIOLOGY

2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A

IMPERIAL, CA 92251

PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341

ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

## CUESTIONARIO PARA (RM)

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ 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

### 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)
- SI  NO Bomba para el dolor
- SI  NO Bomba de insulina

**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 / Firma de Guardián del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_