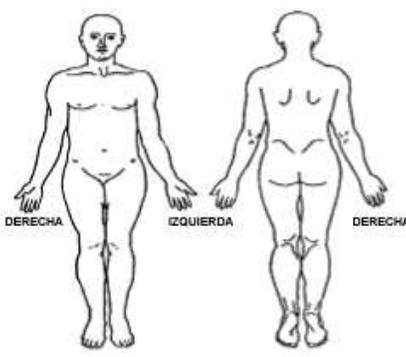


CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA (MR) PARA PACIENTES

Fecha:		Número de paciente:	
Nombre:	Edad:	Altura:	Peso:
Fecha de nacimiento:	Varón () Hembra ()	Parte del cuerpo a ser examinada:	
Dirección:		Teléfono (domicilio):	
Ciudad:		Teléfono (trabajo):	
Provincia:	Código Postal:		
Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas:			
Médico que le refirió:		Teléfono:	

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopia, endoscopia, etc.) de cualquier tipo?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:			
Tipo de cirugía:		Fecha:	
Tipo de cirugía:		Fecha:	
2. Anteriormente, ¿le han hecho algún estudio o examen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación: Parte del Cuerpo		Fecha:	Lugar/Institución:
MRI:			
CT/CAT Scan:			
Rayos-X:			
Ultrasonido:			
Medicina Nuclear:			
Otro:			
3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios ó procedimientos anteriores con MR?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, descríbalos:			
4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto ó fragmento metálico (e.g. astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc.)?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, descríbalos: el incidente			
5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño (e.g. perdigones, bala, metralla, etc.)?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, descríbalos el incidente:			
6. ¿Esta actualmente tomando ó ha recientemente tomado algún medicamento o droga?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento:			
7. ¿Es Ud. alérgico/a á algún medicamento?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento:			
8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, ó reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X?			() No () Sí
9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algún episodio de enfermedad de riñón, un trasplante de riñón, hipertensión, la historia de la diabetes, relativo al hígado ó de ataques epilépticos?			() No () Sí
Si respondió afirmativamente, descríbalos:			
Para los pacientes femeninos:			
10. Fecha de su último periodo menstrual:		En la menopausia?	() No () Sí
11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual?			() No () Sí
12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal?			() No () Sí
13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad?			() No () Sí
Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación:			
14. ¿Está amamantado a su bebé?			() No () Sí

⚠️ 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 espectroscopia). **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.**

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinza(s) de aneurisma	<p>Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.</p> 
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante con defibrilador para conversión cardíaca (ICD)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante electrónico ó dispositivo electrónico	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante ó dispositivo activado magnéticamente	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sistema de neuroestimulación	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador de la médula espinal	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Electrodos ó alambres internos	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador de crecimiento/fusión del hueso	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante coclear, otológico, u otro implante del oído	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bomba de infusión de insulina ó similar	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dispositivo implantado para infusión de medicamento	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis de válvula cardíaca	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Muelle ó alambre del párpado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Extremidad artificial ó protésica	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Shunt (espinal ó intraventricular)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Catéter y/u orificio de acceso vascular	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Semillas ó implantes de radiación	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Catéter de Swan-Ganz ó termodilución	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)	<p>⚠️ ¡AVISO IMPORANTE!</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante tipo malla	<p>Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audifono, dentaduras, placas pariales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de bano, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.</p> <p>Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escáner de MR.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aumentador de tejidos (e.g. pecho)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dentaduras ó placas parciales	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tatuaje ó maquillaje permanente	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perforación (piercing) del cuerpo	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Audifono (Quiteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro implante	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema respiratorio ó desorden del movimiento	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Claustrofobia	

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: _____
Cuestionario lleno por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Pariente _____	
Nombre en letra de texto/Relación con el paciente	
Información revisada por: _____	Nombre en letra de texto
	Firma
<input type="checkbox"/> Técnico de MRI <input type="checkbox"/> Radiólogo <input type="checkbox"/> Otro: _____	