

QUESTIONARIO PARA MRI

Por favor rellene el siguiente formulario y traer a su visita

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de hoy: _____

Ocupacion: _____ Nombre de tu doctor: _____

Si usted no comprende alguna pregunta, por favor hable con el doctor o la tecnologa para completar el cuestionario.

A. Que sintomas tiene usted que hace que su doctor Recomiende el MRI?

B. A usted tenido alguna radiografia o otro procedimiento de la parte de su cuerpo que va a ser examinado hoy? Si ___ No ___ *En caso afirmativo , indique :* _____

C. A usted tenido aglun tipo de operacion? Si es asi, por favor nombre que clase, donde y quando? Si ___ No ___ *En caso afirmativo , indique :* _____

D. Tiene usted alergias? Si ___ No ___ *En caso afirmativo , indique* _____

E. Tiene usted anemia o anormalidades de las celulas rojas de la sangre? (Anemia faliciforme, anemia hereditaria, etc)? Si ___ No ___ *En caso afirmativo , indique:* _____

Es importante para nosotros saber si alguno de los siguientes materiales puede estar presente adentro de su cuerpo antes de entrar en la sala del MRI. Porfavor responde las siguientes preguntas:

TIENE USTED UNA HISTORIAL DE LO SIGUIENTE:

1. **Tiene usted un marcapaso?* * (Aparato electrico que sirve para estimular el ritmo cardiaco). Tiene que informar el personal.**

SI

NO

2. Tiene usted una bomba de glucose o monitor de glucose?

3. Tiene usted una infermedad de los riñones?

4. Tiene usted una valvula postiza en el corazon?

5. A usted tenido alguna operacion del corazon?

6. Tiene usted estimuladores nerviosos implantados?

7. Alguna operacion de la vista aparte de cataratas removidas?

8. Implantes? Tiene usted una tarjeta de implantes?

9. A usted tenido alguna operacion al cerebro?

10. Tiene usted grampas debido a alguna aneurismo en el cerebro?

11. A usted tenido algun daño de metralla?

12. Alguna experiencia trabajando con metales?

13. A usted tenido algun reemplazo articular?

14. Algun metal en su cuerpo aparte de cavidades en los dientes?

15. Algun tatuaje cosmetico en los ojos?

16. **Para las pacientes mujeres:**

Esta embarazada?

Esta usted dando pecho?

He recibido la Guía del medicacion para Prohance. _____ (Iniciales SI CORRESPONDE)

FIRMA DEL
PACIENTE: _____

FIRMA DEL
TECHNOLOGIST: _____