

UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C.

CUESTIONARIO DE MRI

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

PESO: ____ LBS ALTURA: ____ PIES ____ PULGADAS

**POR FAVOR NOTE: ¡LOS MARCAPASOS CARDIACOS ESTAN PROHIBIDOS
YA QUE PUEDEN CAUSAR DAÑOS GRAVES O LA MUERTE!**

Estas preguntas deben ser respondidas para determinar si califica para un MRI

Por favor describa el problema o la razón por la cual necesita este estudio.

Ha tenido algo procedimiento de cirugía u operación de cualquier tipo? S / N

Si es así, por favor escriba las cirugías anteriores con la fecha: _____

• **Cirugía de corazón involucrando:** válvulas cardiacas artificiales, desfibrilador cardiaco o marcapasos? S / N

• **Cirugía cerebral en la cual se colocaron implantes metálicos** (e.g. clips de aneurisma, implantes cocleares (del oído), derivación, placas de metal o grapas para cirugía)? S / N

¿Alguna vez ha sido lesionado por alguna pieza exterior metálica? (e.g. bala, BB, metralla, etc.)..... S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión en el ojo que involucre un objeto metálico? (e.g. astillas metálicas, cuerpo extraño, etc.) O ha trabajado como trabajador de chapa? S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Tiene una extremidad artificial o prostética o un reemplazo de conjuntura (cadera, rodilla, etc.)? S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Tiene antecedentes de enfermedad renal, convulsiones, asma, reacciones al contraste o alergias a medicamentos?..... S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Tiene un implante expansor de tejido mamario? S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Tiene algún tipo de implante electrónico, mecánico o metálico o aparato para el oído?..... S / N

Si si, por favor descríballo: _____

¿Tiene antecedentes de cáncer o tumor?..... S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Está embarazada o sospecha que está embarazada?..... S / N

¿Tiene delineador tatuado? S / N

Si es así, por favor infórmele al tecnólogo antes del examen.

Doy testimonio de que la información presente arriba es correcta al mejor de mi conocimiento. He leído y entiendo todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario

Firma del Paciente _____ Fecha: ____/____/____

TECH NOTES/ DX (Reserved for MRI technologist use)

UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C.
CUESTIONARIO DE MRI

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

PESO: ____ LBS ALTURA: ____ PIES ____ PULGADAS

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD
RELACIONADO CON ACCIDENTES

Nombre del Paciente: _____

Por lo presente certifico que la razón por la cual este (estos) estudio(s) fue(ron) ordenado(s) hoy por mi médico de referencia, Dr. _____, no se debe a una lesión relacionada con el trabajo ni a un accidente automovilístico.

Como no hubo ningún accidente involucrado y, por lo tanto, ningún otro seguro responsable, doy mi permiso para que University Diagnostic Medical Imaging, PC, facture a mi compañía de seguro privada, _____, por este (estos) estudio(s).

Firma: _____ Fecha: _____