

UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C.
CUESTIONARIO DE MRI PARA LOS SENOS

ACCT #: _____

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

HISTORIAL MEDICO: POR FAVOR COMPLETELO ENTERO
HISTORIAL DE LOS SENOS:

Propósito del Examen de Hoy: _____

Mamografías Anteriores: No Si (Si contesto si, llene abajo)
Cuando: ___/___/___ Donde: _____ Resultado: _____

Ultrasonido de los Senos Anterior: No Si (Si contesto si, llene abajo)
Cuando: ___/___/___ Donde: _____ Resultado: _____

MRI de los Senos Anterior: No Si (Si contesto si, llene abajo)
Cuando: ___/___/___ Donde: _____ Resultado: _____

Historial de los Senos:

Mi Historial Familiar de Cáncer de Mama:

Ningún Yo Madre Hermana Hija _____

Mi Historial de Cirugía de Senos: Ningún ___/___/___ Resultado _____

Las Hormonas que Tomo Ahora: Ningún Anticonceptivos HRT Otro _____

Mi Último Periodo Menstrual: ___/___/___ Hace más de 5 años

Firma: _____ Fecha: _____

UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C.

CUESTIONARIO DE MRI PARA LOS SENOS

ACCT #: _____

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

PESO: ____ LBS / ALTURA: ____ PIES ____ PULGADAS

**POR FAVOR NOTE: ¡LOS MARCAPASOS CARDIACOS ESTAN PROHIBIDOS
YA QUE PUEDEN CAUSAR MUCHO DAÑO 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 algún 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 del metal de chapa? S / N

Si es así, por favor descríballo: _____

¿Tiene una extremidad artificial o prostética o un reemplazo de conjuntara (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 sí, 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)