

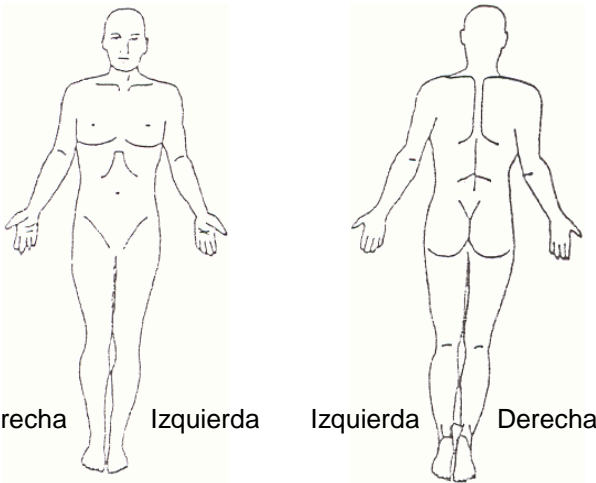
NOMBRE: _____ FECHA: _____

Examen: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico que realiza el examen: _____ Número de teléfono del médico: _____ Sgte. cita: _____

Sus números de teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____

Sombree el área que le duele.



Describe su dolor: _____

Fecha de la lesión: _____

Motivo de la resonancia magnética: _____

Alergias: _____

Antes de someterse a la resonancia magnética, es importante saber si tiene algo de lo siguiente:

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Implante de desfibrilador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Marcapasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dispositivos eléctricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cirugía de vasos sanguíneos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Implante para el oído medio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Delineador de ojos permanente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Heridas de guerra/de arma de fuego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Cualquier otro tipo de metal en su cuerpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Alguna vez ha soldado, trabajado con planchas metálicas, triturado metal o ha sido maquinista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de la última menstruación _____ | | |
| 13. ¿Usa un audífono? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Usa dentaduras postizas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dispositivo implantado para Parkinson o epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Estatura: _____ Peso: _____

Radiografía de cráneo aprobada por: _____

Señale si tiene antecedentes de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Incapacidad física |

SÓLO PARA USO INTERNO

- Sedación Dosis administrada: _____
- No se necesitan medicamentos
- Rechazó el estudio o no lo pudo realizar
- Dosis repetida: _____

Comentarios: _____

¿Se ha sometido a cirugía en el área que se va a examinar? Sí No _____ Si la respuesta es Sí, fecha de cirugía _____
 Tipo de cirugía _____ Establecimiento donde se realizó la cirugía _____

Indique cualquier radiografía, tomografía computarizada o examen de diagnóstico que se haya realizado en el área que se va a examinar y la fecha en que se lo realizó _____

Nombre del paciente _____ Número del paciente _____

Su médico ha pedido que le realicemos un examen de resonancia magnética nuclear (también llamada sólo resonancia magnética) para obtener información adicional. La resonancia magnética usa un campo magnético y ondas de radio para producir una imagen de las partes internas del cuerpo que se van a examinar. La resonancia magnética no causa dolor ni usa rayos X ni radiación. La única molestia puede ser tener que quedarse quieto en un espacio reducido durante el estudio. La resonancia magnética es un procedimiento de diagnóstico que proporciona información que podría ayudar a su médico a diagnosticar y tratar su enfermedad. Sin el examen de resonancia magnética, el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado se pueden retrasar.

Como parte de su MRI, se le puede inyectar un **AGENTE DE CONTRASTE** en su vena por orden de su médico. Si usted desea rehusar la inyección de contraste, avísele al técnico y la MRI se puede hacer sin el agente de contraste.

Posibles riesgos de la inyección: Se pueden presentar las siguientes complicaciones: Cada vez que se administra una inyección existe el peligro de dolor, sangrado, moretones o hinchazón del lugar de la inyección. Los exámenes de resonancia magnética pueden provocar un leve dolor de cabeza, náusea, picazón u otros síntomas vagos durante corto tiempo después de la inyección. Además, respuestas alérgicas al contraste pueden incluir urticaria, dificultad para respirar o para tragar. En raras ocasiones han ocurrido reacciones más graves luego de la administración del agente de contraste. Si tiene alguna pregunta acerca de la inyección de un agente de contraste, pregúntele a su tecnólogo antes del examen. Si ha tenido una reacción a la inyección de un medio de contraste, como urticaria, picazón intensa, dificultad para respirar o cualquier reacción significativa que exija hospitalización; si tiene antecedentes de asma, anemia drepanocítica o trastornos renales, si está embarazada o amamantando, DEBE informárselo al tecnólogo. No se ha establecido la seguridad del medio de contraste para niños menores de 2 años. Es muy importante que le informe al tecnólogo si alguna vez ha experimentado cualquiera de las enfermedades relacionadas con la inyección de un medio de contraste mencionadas en este formulario.

Se me (nos) ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la enfermedad, los procedimientos que se van a usar y los riesgos o peligros que implica. He (hemos) leído este formulario y sus contenidos y los he (hemos) comprendido. Estoy (Estamos) satisfecho(s) con esta información y creo (creemos) que es suficiente para otorgar este consentimiento informado.

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha

Hora