

Magnetic Resonance Imaging Screening Form  
7338-0100-SP rev. 11/13



QUESTIONNAIRE

FORMULARIO PARA RESONANCIA  
MAGNÉTICA POR IMÁGENES

TODOS/AS LOS/LAS PACIENTES DEBEN COMPLETARLO ANTES DE QUE SE LLEVE A CABO UNA RESONANCIA MAGNÉTICA POR IMÁGENES (MAGNETIC RESONANCE IMAGING o MRI).

SÍRVASE MARCAR SÍ O NO, SI CORRESPONDE ALGÚN ÍTEM DEL LISTADO SIGUIENTE:

PACIENTES INTERNADOS/AS: EL/LA PACIENTE/UN FAMILIAR O EL MÉDICO DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO ANTES DE TRASLADAR AL/A LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE MRI.

NUEVO MONITOREO PARA CADA MRI QUE FIGURE CON FECHA DE DIFERENTES DÍAS. SÍRVASE EVALUAR AL/A LA PACIENTE EN CASO DE QUE NECESITE MEDICACIÓN POR CLAUSTROFOBIA O DOLOR ANTES DE QUE ÉSTE/A BAJE A LA SALA DE MRI. LOS EXÁMENES PUEDEN DURAR HASTA 30 MINUTOS Y EL/LA PACIENTE DEBE PERMANECER INMÓVIL.

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_

¿SE LE HA REALIZADO UN PROCEDIMIENTO DE MRI AL/A LA PACIENTE?  SÍ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  NO

SÍNTOMAS: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: ¡CIERTOS DISPOSITIVOS U OBJETOS DE IMPLANTE PUEDEN SER PELIGROSOS PARA USTED O INTERFERIR CON EL EXAMEN! EN CASO AFIRMATIVO (¡PARA LA MAYORÍA DE LOS IMPLANTES SE NECESITARÁ UN INFORME QUIRÚRGICO O LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN!)**

- SÍ  NO MARCAPASOS CARDIACO
- SÍ  NO CARDIOVERSOR-DESFIBRILADOR IMPLANTABLE (CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR o ICD)
- SÍ  NO CLIPS PARA ANEURISMA
- SÍ  NO NEUROESTIMULADOR
- SÍ  NO ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO
- SÍ  NO ELECTRODOS O CABLEADO INTERNO
- SÍ  NO VÁLVULAS CARDIACAS
- SÍ  NO STENTS, FILTROS, MICROESPIRALES DE HILOS METÁLICOS (FECHA DEL IMPLANTE) \_\_\_\_\_
- SÍ  NO DISPOSITIVOS IMPLANTADOS PARA LA ESTIMULACIÓN MUSCULAR (NEUROESTIMULADOR ELÉCTRICO TRANSCUTÁNEO, UNIDAD, ETC.)
- SÍ  NO IMPLANTE COCLEAR, OTOLÓGICO U OTRO EN EL OÍDO
- SÍ  NO LENTES INTRAOCULARES
- SÍ  NO CUALQUIER TIPO DE PRÓTESIS (OCULAR, PENEANA, ETC.)
- SÍ  NO MIEMBRO ARTIFICIAL O PROTÉSICO
- SÍ  NO RESORTE, PESO O ALAMBRE IMPLANTADO EN EL PÁRPADO
- SÍ  NO DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL
- SÍ  NO DERIVACIÓN PROGRAMABLE
- SÍ  NO CÁPSULA ENDOSCÓPICA (PILLCAM) FECHA \_\_\_\_\_
- SÍ  NO GRAPA ARTERIOVASCULAR PARA CARÓTIDA (POPPEN-BLAYLOCK)
- SÍ  NO EXPANSORES TISULARES (SENO)
- SÍ  NO COLONOSCOPIA RECIENTE FECHA \_\_\_\_\_
- SÍ  NO PARCHE LIBERADOR DE MEDICAMENTO ACTIPATCH
- SÍ  NO MONITOR DE TOBILLO
- SÍ  NO BOMBA DE INSULINA IMPLANTADA U OTRAS BOMBAS DE INFUSIÓN
- SÍ  NO IMPLANTE O DISPOSITIVO DE ACTIVACIÓN MAGNÉTICA
- SÍ  NO PARCHE LIBERADOR DE MEDICAMENTO (REVESTIDO CON LÁMINA DE ALUMINIO)
- SÍ  NO REEMPLAZO ARTICULAR (CADERA, RODILLA, ETC.)
- SÍ  NO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU), DIAFRAGMA O PESARIO (METÁLICO)
- SÍ  NO DENTADURAS O PLACAS PARCIALES, AUDÍFONOS
- SÍ  NO TATUAJE O MAQUILLAJE PERMANENTE
- SÍ  NO PERFORACIÓN CON JOYERÍA EN EL CUERPO (SE DEBE RETIRAR ANTES DE INGRESAR PARA LA MRI)
- SÍ  NO BALAS, ESQUIRLAS DE METRALLA, PERDIGONES, BALINES
- SÍ  NO MANIPULÓ METAL EN SU CASA O EN SU TRABAJO METAL ALGUNA VEZ EN SU VIDA. EJ.: SOLDADURA O TRABAJO CON AMOLADORA
- SÍ  NO HERIDA OCULAR PROVOCADA POR METAL
- SÍ  NO CLAUSTROFOBIA

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL/DE LA PACIENTE INTERNADO/A**

- SÍ  NO CLIPS, SUJETADORES, GRAPAS QUIRÚRGICAS
- SÍ  NO CATÉTER DE TERMODILUCIÓN SWAN-GANZ
- SÍ  NO MONITOR DE PRESIÓN INTRACRANEAL (INTRACRANIAL PRESSURE MONITOR o ICP)
- SÍ  NO SISTEMA DE TERMORREGULACIÓN COOL GUARD 3000
- SÍ  NO TUBO ENDOTRAQUEAL REFORZADO (BLUE COIL)
- SÍ  NO SENSOR DE TEMPERATURA FOLEY
- SÍ  NO SISTEMA HALO (ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA)
- SÍ  NO CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VACUUM-ASSISTED CLOSURE o VAC) PARA HERIDA
- SÍ  NO CATÉTERES INTRAESPINALES
- SÍ  NO MONITORIZADO (PACIENTE EN TELEMETRÍA)
- SÍ  NO CON VENTILACIÓN

**TODOS/AS LOS/LAS PACIENTES AMBULATORIOS/AS**

- SÍ  NO TEMBLORES (NO PUEDE PERMANECER QUIETO/A)
- SÍ  NO NO PUEDE PERMANECER ACOSTADO/A
- SÍ  NO LITROS DE OXÍGENO \_\_\_\_\_
- SÍ  NO ALERGIA AL LÁTEX
- SÍ  NO DIABÉTICO/A
- SÍ  NO INSUFICIENCIA RENAL
- SÍ  NO CÁNCER (TIPO) \_\_\_\_\_
- SÍ  NO ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES
- SÍ  NO ENFERMEDAD HEPÁTICA
- SÍ  NO EPILEPSIA
- SÍ  NO ENFERMEDAD CARDÍACA
- SÍ  NO PROBLEMAS RESPIRATORIOS
- SÍ  NO EMBARAZADA
- SÍ  NO PERÍODO DE LACTANCIA

REALICE UN LISTADO DE CUALQUIER CIRUGÍA QUE EL/LA PACIENTE HAYA TENIDO: \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE, A MI CRITERIO, LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y PRECISA:  
PACIENTE/TUTOR/ENFERMERO(A) O MÉDICO QUE FIRMA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ENVÍE EL FORMULARIO POR FAX AL 884683 ANTES DEL PROCEDIMIENTO SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, SÍRVASE LLAMAR AL 884792