

HISTORIAL Y PREGUNTAS PARA HACER LA IRM

Nombre _____ Edad _____

Fecha de nac. ____ / ____ / ____ Sexo: M / F Altura _____ *Peso _____ * (menos de 400 libras)

Favor de anotar todas las alergias a medicinas que sabe que tiene: _____

La razón por la IRM de hoy _____ ¿Cuáles son sus síntomas? _____

¿Le han hecho esta misma prueba en otra parte? De ser así, ¿dónde? _____

Sí No ¿Alguna vez le han inyectado un contraste para hacerle una IRM?

Sí No ¿Tuvo una reacción adversa o alérgica? **DE SER ASÍ, por favor descríbala** _____

¿TIENE O HA TENIDO?

Sí No Marcapasos/Alambres de marcapasos

Sí No Válvula cardíaca/ Cirugía del corazón/ Stents (pequeños tubos de metal que van dentro de la arteria coronaria para abrirla)/ Desviaciones (“shunts”)

Sí No Desfibrilador cardíaco implantado

Sí No Grapas para aneurisma cerebral/ Otra cirugía del cerebro

Sí No Cirugía de los oídos/ Implante coclear/ Prótesis para el oído interno

Sí No Puerto de acceso vascular, catéter venoso central

Sí No Astillas de metal en los ojos; actividades de soldadura o molienda de metal

Sí No Metralla/Pedazos de bala/Postas/Alambres/Otro cuerpo extraño de metal

Sí No Neuroestimulador/Neuroestimulación eléctrica transcutánea (“TENS”)/ Estimulador muscular (suelo de la pelvis, etc.)

Sí No Bomba de insulina/Bomba para el dolor

Sí No Diafragma/DIU (dispositivo intrauterino o “IUD”)

Sí No Implante peniano/Pesario/Malla metálica

Sí No Filtro en la VCI (vena cava inferior)/Artroplastia (reemplazo) de articulaciones/Placas, tornillos, grapas, implantes ortopédicos de metal

Sí No Cirugía de los ojos/Implantes oculares

Sí No ¿Algún caso de cáncer? De ser así, ¿qué tipo? _____

Sí No Audífonos/Dentaduras postizas que se pueden quitar

Sí No ¿Está embarazada o dando pecho a un bebé? Fecha de última menstruación: _____

Sí No ¿Cirugía previa de la columna?

Sí No Tatuajes/Agujeros con joyas de metal/Maquillaje permanente

Sí No Casos de: convulsiones, asma, diabetes, dolor de pecho, problemas del hígado, hepatitis, arritmia (palpitaciones irregulares), drepanocitosis (enfermedad de células falciformes).

Sí No ¿Actualmente toma tratamientos de diálisis?

Por favor describa las cirugías que ha tenido y la fecha aproximada en que tuvo cada una:

_____ Fecha ____ / ____ / ____
 _____ Fecha ____ / ____ / ____
 _____ Fecha ____ / ____ / ____

He contestado las preguntas de arriba a mi mejor saber y entender.

Firma del paciente / tutor _____ Fecha ____ / ____ / ____

Si es tutor, nombre en letra de molde _____

ACTUALIZACIÓN

Firma del paciente / tutor _____ Fecha ____ / ____ / ____

Si es tutor, nombre en letra de molde _____