



Departamento de Radiología.
Hospital Kirby Glen/O'Quinn
Formulario de seguridad para
resonancia magnética hospitalaria (MRI)
 DETECCIÓN DE METALES PREVIA AL ESTUDIO

**Formulario
 revisado a junio
 2007**

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2do nombre:	Altura:
Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento:		Peso:

Todos los que ingresan al Área de control de MRI deben responder estas preguntas y firmar
Los pacientes también deberán completar la historia médica en la página 2
Si responde "sí" a alguna de las siguientes preguntas, **PARE y hable con un Técnico de MRI**

- | | |
|--|---|
| 1. ¿Tiene marcapasos/desfibrilador implantable (ICD)? ¡PARE!
NO PUEDE SOMETERSE A MRI | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Ha tenido cirugía o procedimiento invasivo? ¡PARE! | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ¿Tiene un clip para aneurisma cerebral? ¡PARE! | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ¿Tiene un neuroestimulador? ¡PARE! | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿Tiene una bomba de infusión implantada? ¡PARE! | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

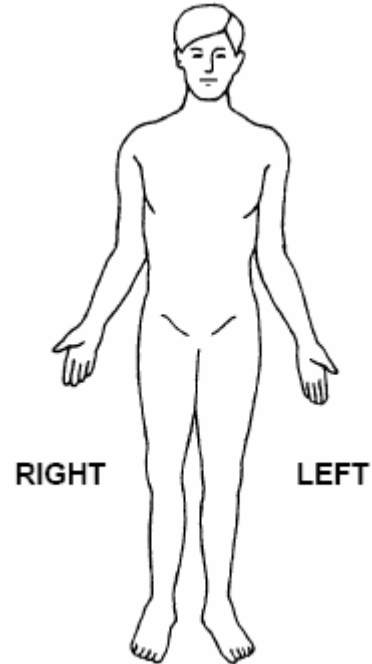
___ inicial del personal de MRI
___ inicial del personal de MRI
___ inicial del personal de MRI
___ inicial del personal de MRI
___ inicial del personal de MRI

****Si marcó "sí" en alguna de las preguntas anteriores, por favor informe al personal de MRI**

___ Sí ___ No	Pinza hemostática de la arteria carótida
___ Sí ___ No	Estimulador de fusión de crecimiento del hueso
___ Sí ___ No	Implante en el oído/en los ojos
___ Sí ___ No	Antecedentes de lesiones oculares
___ Sí ___ No	Implante peneano
___ Sí ___ No	Válvulas cardíacas
___ Sí ___ No	Cualquier metal en la médula o en los huesos
___ Sí ___ No	Electrodos (en el cuerpo, la cabeza o el cerebro)
___ Sí ___ No	Stents, filtros o fibriladores vasculares
___ Sí ___ No	Válvula (espinal o intraventricular)
___ Sí ___ No	Puerto y/o catéter de acceso vascular
___ Sí ___ No	Parche de medicación
___ Sí ___ No	DIU o diafragma
___ Sí ___ No	Maquillaje tatuado (delineado en los ojos, labios, etc.)
___ Sí ___ No	Balas, proyectiles de artillería (BB), balines, esquirlas, fragmentos de metal
___ Sí ___ No	Audífono (RETIRAR ANTES DE LA MRI)
___ Sí ___ No	Dentadura postiza (RETIRAR ANTES DE LA MRI)
___ Sí ___ No	Desorden motriz
___ Sí ___ No	Claustrofobia
___ Sí ___ No	Implante de cualquier tipo

Otro, por favor
 explique: _____

Por favor, indique en el diagrama la ubicación e cualquier implante o metal dentro de su cuerpo.



Antes de su MRI, por favor retire todos los objetos metálicos, incluidas las llaves, horquillas para el cabello, hebillas, joyas, piercings, reloj, alfileres de gancho, clips para dinero, tarjetas de crédito, monedas, bolígrafos, cinturones, botones de metal, navajas y prendas con metal

NOTA: Los pacientes deben utilizar auriculares o receptores durante la MRI. **Por favor informe al técnico si siente calor durante el examen.** Los individuos presentes en la sala durante el examen deben utilizar auriculares.



DT0087

FORMULARIO DE SEGURIDAD DE MRI Información médica del paciente Pág. 2

1. ¿Ha tenido alguna cirugía o procedimiento invasivo? No Sí
Si la respuesta es "sí", por favor enumérelos.

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

2. ¿Se hizo antes un estudio de MRI? No Sí
Si la respuesta es "sí", por favor identifíquelos.

PARTE DEL CUERPO FECHA INSTITUCIÓN / UBICACIÓN

3. ¿Tiene alergia a algún medicamento? No Sí
Si la respuesta es "sí", enumérelos. _____

4. ¿Alguna vez tuvo asma, reacción alérgica o enfermedad respiratoria? No Sí

5. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a la tomografía computada (CT) o resonancia magnética (MRI)? No Sí

6. ¿Se realiza diálisis o tiene problemas renales/enfermedad renal en etapa terminal? No Sí

PACIENTES MUJERES

1. ¿Está embarazada o tiene un retraso de periodo menstrual? No Sí

2. Fecha de la última menstruación: _____ ¿Le da el pecho a su bebé? No Sí

2. ¿Toma algún medicamento de fertilidad o se está haciendo algún tratamiento de fertilidad? No Sí

Formulario completado por: Paciente Familiar Médico Otro

Firma de quien completó el formulario fecha hora Nombre y relación con el paciente en letra de molde

Discutí este formulario con el paciente y revisé todas las preguntas con respuesta afirmativa, si corresponde. _____

Iniciales Firma del técnico de MRI fecha hora Nombre del técnico de MRI en letra de molde

Iniciales Radiólogo (Aprobación de metales) fecha hora Nombre del radiólogo (aprobación de metales) en letra de molde

Se transfirió información entre técnicos respecto a los cuestionarios e información de paciente.

Iniciales Firma del técnico de MRI que dio el informe fecha hora Iniciales Firma del técnico de MRI que recibió el informe fecha hora