



*Departamento de Radiología.*  
**Hospital Kirby Glen/O'Quinn**  
 Formulario de seguridad para  
 resonancia magnética hospitalaria (MRI)

DETECCIÓN DE METALES PREVIA AL ESTUDIO

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

**Formulario  
revisado a junio  
2007**

**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)? <b>¡PARE!</b> <b>NO PUEDE SOMETERSE A MRI</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	____ inicial del personal de MRI
2. ¿Ha tenido cirugía o procedimiento invasivo? <b>¡PARE!</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	____ inicial del personal de MRI
3. ¿Tiene un clip para aneurisma cerebral? <b>¡PARE!</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	____ inicial del personal de MRI
4. ¿Tiene un neuroestimulador? <b>¡PARE!</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	____ inicial del personal de MRI
5. ¿Tiene una bomba de infusión implantada? <b>¡PARE!</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	____ inicial del personal de MRI

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

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