



**Cuestionario de MRI**  
**Diagnostic Medical Imaging**  
6517 Taft Street, Suite 103  
Hollywood, Florida 33024  
Phone: 954-780-5566 Fax: 954-780-5567

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CIRCULE LA RESPUESTA CORRECTA. SI USTED CONTEST “SI” A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 1-5, POR FAVOR DE NOTIFICAR A ALGUIEN.**

1. **NO SI** ¿Tiene Marcapasos?
2. **NO SI** ¿Ha trabajado con soldadura?
3. **NO SI** ¿Ha tenido cirugía del cerebro?
4. **NO SI** ¿Si? ¿Le aplicaron clips metálicos en el cerebro?

**SI USTED CONTESTO “SI” A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 1-5, POR FAVOR DE NOTIFICAR A ALGUIEN ANTES DE CONTINUAR.**

5. **NO SI** ¿Tiene trabajo dental desprendible?
6. **NO SI** ¿Tiene asma?
7. **NO SI** ¿Sufre de claustrofobia?

**POR FAVOR MARQUE CON UNA “X” SI/NO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:  
AVISO: LOS SIGUIENTES PUENTOS PUEDEN INTERFERIR CON LA PROYECCION DE  
IMAGEN DE MRI Y PUEDE COMPROMETIR SU SEGURIDAD.**

- |   |   |
|---|---|
| <b>NO SI</b> Clips Aortico                | <b>NO SI</b> Reemplazo de Articulaciones              |
| <b>NO SI</b> Clips Carótida               | <b>NO SI</b> Tornillos/plancha metálica en el         |
| <b>NO SI</b> Válvula Del Corazón          | hueso o alguna articulación                           |
| <b>NO SI</b> Bomba/Portuario de Insulina  | <b>NO SI</b> Prótesis                                 |
| <b>NO SI</b> Bomba de Infusión (de Porta) | <b>NO SI</b> Malla de Metal                           |
| <b>NO SI</b> Prótesis de Oído (Audífono)  | <b>NO SI</b> Suturas de Alambre                       |
| <b>NO SI</b> Implante Coclear en el Oído  | <b>NO SI</b> Residuos de Soldadura/Balas              |
| <b>NO SI</b> Prótesis en el cerebro       | <b>NO SI</b> Cualquier otro metal o cuerpo extranjero |
| <b>NO SI</b> Implante de Pene             | <b>(Describe)</b> _____                               |

- NO SI** ¿Ha tenido radiografías del área que estamos explorando hoy?  
¿Si? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- NO SI** ¿Ha tenido MRI del área que estamos explorando hoy?  
¿Si? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**MUJERES SOLAMENTE:**

- NO SI** ¿ESTA EMBARAZADA?
- NO SI** ¿TIENE IUD? O T UTERINA? (método anticonceptivo)

*Este procedimiento y todas sus preguntas serán explicados antes del estudio MRI.*

Yo no tengo marcapasos, ni tampoco he tenido cirugía que requiera clips para aneurismo. No tengo implante coclear en el oído, ni tengo cuerpos metálicos en los ojos. Estoy completamente enterado que si tengo cualquiera de los antedichos, una exploración de MRI podría ser peligrosa a mi salud. Las preguntas antes mencionadas se han contestado sinceramente, y convengo el estudio de MRI.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_