



Cuestionario de MRI
Diagnostic Medical Imaging
2170 W 68th Street, Suite 101
Hialeah, Florida 33016
Phone: 305-398-4220 Fax: 305-398-4225

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.**

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

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 _____