



ST. LUKE'S®

Diagnostic &
Treatment Center
Kirby Glen



DT0087

Departamento de Radiología MRI SAFETY FORM

RESONANCIA MAGNÉTICA

RM

Formulario de Seguridad

Nombre	Apellido	Inicial	Estatura
Fecha de hoy	Fecha de nacimiento		Peso

Para pacientes internados solamente-Esta sección debe ser completada por la enfermera

1. Ha sido el paciente sometido a un procedimiento invasivo despues de llenar este formulario? _____	- Si	No
2. Tiene el paciente un marcapaso/aparato intracardiaco (ICD)?	Si	No
3. Tiene el paciente una almoadilla de arena?	Si	No
4. Tiene el paciente un instrumento para tomar la temperatura?	Si	No
5. Tiene el paciente un Swanz Ganz cateter o un Baloom Pump?	Si	No
6. Tiene el paciente un gancho de aneurysma intracraneal	Si	No

Algunos objetos pueden ser peligrosos para su salud. Por favor coneste correstcamente.

<ul style="list-style-type: none"> Si-No Marcapaso Si-No Defibrilador Cardiaco Si-No Cable internos de Marcapaso Si-No Grapa para aneurismas Si-No Pinza Vasculuar (arteria) Si-No Estimulador Neurologico Si-No Bomba de Infusion Si-No Estimulador de crecimiento- fusion osea Si-No Implante de oido Si-No Protesis de todo tipo (visual, de pene etc.) Si-No Protesis de Valvula Cardiaca Si-No Extremidad o articulacion artificial Si-No Electrodo (cabeza, cerebro o cuerpo) Si-No Filtros o espirales intravasculares Si-No Coneccion vertebral o intraventricular Si-No Cateter de acceso vascular Si-No Sistema de medicacion transdermica (Nitro) Si-No Diafragma intrauterine Si-No Tatuaje (cuerpo, ojos, labios etc.) Si-No Perforaciones corporals Si-No Algun fragmento metalico (ojos, cuerpo etc.) Si-No Metal, alambre, o rejilla implantada en su cuerpo Si-No Grapas o ganchos quirurgicos Si-No Harrington rods (columna) Si-No Extremidad artificial..... Si-No Implante en hueso (tornillo, plato de metal, alambre) Si-No Audifono- <u>Remueva antes de la Examinacion</u> Si-No Dentaduras - <u>Remueva antes de la Examinacion</u> Si-No Problema de movilidad Si-No Claustrofobia Si-No Otro, por favor explique..... 	<p>Marque en la figura a continuacion la ubicacion de cualquier implante u objeto metalico en el interior o exterior de su cuerpo.</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Antes de su MRI, quítese todos los objetos metálicos como llaves, horquillas, broches para el cabello, joyas, reloj, alfileres de gancho, clips, sujeta dinero de metal, tarjetas de crédito, monedas, plumas, cinto, botones de metal, cortaplumas y ropa con metal en la tela.</p> <p>Nota: Pacientes deben usar tapones para los oidos.</p>
--	---



ST. LUKE'S

Diagnostic & Treatment Center Kirby Glen



DT0087

Departamento de Radiología MRI SAFETY FORM

RESONANCIA MAGNÉTICA

RM

Formulario de Seguridad

- 1. Ha tenido alguna cirujia o procedimiento invasivo? Si lo tuvo, Liste: No Si
Tipo _____ Fecha _____
Tipo _____ Fecha _____
2. Ha tenido una Resonancia Magnetica antes? Si lo tuvo Liste: No Si
Parte del cuerpo Fecha Lugar del examen
3. Tiene alguna alergia a medicaciones. Si tiene. Liste: No Si
4. Ha sufrido alguna vez de asma, reaccion alergica, enfermedad respiratoria, reaccion a un medio de contraste o tintura utilizada para un de MRI otomografia computarizada? En caso afirmativo, describa.: No Si

PACIENTES FEMENINOS

- 5. Esta embarazada o atrasada en su menstruacion? No Si
6. Dia de su ultima menstruacion _____ Esta usted lactando No Si
7. Esta tomado medicacion para fertilidad? o en tratamiento? No Si

Para pacientes que se realizan una MRI del corazón o sistema vascular

St. Luke's Episcopal Hospital es un centro reconocido internacionalmente por su atención de problemas cardiovasculares e investigaciones en materia de Imágenes de Resonancia Magnética Cardiovascular (CVMRI, por sus siglas en inglés). CVMRI es un campo que se encuentra en constante desarrollo y que requiere pruebas de nuevas técnicas de proyección de imágenes por resonancia magnética (todas ellas cumplen con las normas de la FDA). Durante su examen podemos solicitarle realizar proyecciones adicionales de imágenes (no se superarán los 5 minutos adicionales) para control de calidad, aseguramiento de la calidad o fines de investigación. Si acepta participar, los datos de imágenes recabados pueden ser utilizados en presentaciones o publicaciones de investigación, pero no se incluirán datos o imágenes que lo identifiquen. Su participación es voluntaria y puede negarse a las imágenes adicionales sin detrimento en la calidad de la exploración de MRI regular solicitada por su médico.

- ___ Si, acepto que tomen imagenes adicionales
___ No, no deseo que tomen imagenes adicionales

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Completado por [] Paciente [] Pariente [] Medico [] Otro

Firma del interesado

Nombre y relacion con el paciente

Yo he educado al paciente a cerca de e lruido fuerte y la importancia de no moverse durante la examinacion. He notificado al paciente de la temperatura en el equipo que tiende a elevarse. Si experimenta alguna molestia por favor use el boton de llamado Tecnico: _____

Fima de empeados:

Technico de RM

Cordinator de RM

Enferma

Medico Radiologo