



**DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA
CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN
DE SEGURIDAD DE IRM**

Revised: 1/3/18

Exam Date: _____
Status: _____
DOB: _____ Age: _____
Name: _____
Ref Phys: _____
Att Phys: _____
Prim Care Phys: _____
Register/Admit Date: _____



Peso: _____ **Queja principal:** _____

¿Se ha tomado a IRM reciente con gadolinio? Sí No En caso afirmativo, Fecha: _____

¿Se ha tomado repetir escaneos con gadolinio? Sí No

¿Tiene problemas de riñon? Sí No

¿Se ha tomado imágenes médicas relacionadas a este problema recientemente?..... Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde se tomaron? _____

¿Es difícil para usted estar acostado sin moverse? Sí No

¿Tiene un historial de cáncer? Sí No En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Ha tenido alguna terapia de hierro en los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

¿Ha tenido una reacción al contraste de IRM? Sí No En caso afirmativo, ¿qué reacción? _____

¿Es usted claustrofóbico? Sí No

Los siguientes artículos pueden ser dañinos para usted durante su escaneo IRM o interferir con el examen.

Proporcione una respuesta "sí" o "no" para cada uno de los artículos enumerados.

	Sí	No
Marcapasos o desfibrilador cardioversor implantable/DCI		
Electrodos internos o cables (cables de marcapasos, de estimulación cerebral profunda, o para la estimulación del nervio vago)		
Válvula cardíaca artificial, espirales, filtro y/o stent (espirales de Gianturco, filtro de vena cava)		
Neuroestimuladores-unidad ENET, bioestimulador, estimulador del crecimiento óseo, estimulación cerebral profunda, o estimulación del nervio vago		
Bomba de medicamentos implantado (para medicamentos de quimioterapia, medicina para el dolor)		
Bomba externa de medicamento (para insulina o cualquier otro medicamento)		
Puerto de acceso intravenoso implantado (Port-a-Cath, Brobiac, línea PICC, Swan-Gantz, termodilución)		
Equipo pos-quirúrgico implantado (clavos, varillas, tornillos, placas)		
Articulación y/o extremidad artificial		
Ojo y/o resorte palpebral artificial		
Lesiones al ojo causadas por objetos metálicos (virutas metálicas, esquirlas de metal)		
Implantes del oído (cocleares), implantes del oído medio		
Aparatos auditivos		
Dientes postizos, dentaduras postizas, prótesis dentales metales removibles, frenos de ortodoncia, retenedores		
Cualquier tipo de implante mantenido en su lugar por un imán		
Lesiones causadas por un objeto de metal (metralla, balas, balines)		
Parche de medicamento (nitroglicerina, nicotina, anticonceptivos, estrógenos)		
Shunt o válvula Sophy ajustable y programable		



NAME:

DOB:

Dispositivo de fijación vertebral, fusión vertebral y/o órtesis de halo, estimulador de la médula espinal		
Clips quirúrgicos, grapas quirúrgicas o malla quirúrgica		
Expansor de tejido (mama)		
Implantes de pene		
Pesario, DIU, diafragma		
Semillas para la radiación (tratamiento de cáncer)		
Aretes en el cuerpo, tatuaje, maquillaje permanente?		
Peluca, implantes de cabello		
Está usted embarazada y/o amamantando		

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas de la tabla anterior, hable con el tecnólogo de IRM sobre cualquier preocupación que tenga.

Instrucciones para el paciente, padres legales, tutores legales:

Quítese **TODAS** las joyas, artículos metales de pelo, **TODOS** los aretes en el cuerpo.

Quítese todos los aparatos dentales (dientes postizos, placas dentales parciales, retenedores).

El examen de IRM durará entre 25 minutos y una hora. Es muy importante que se mantenga lo más inmóvil posible. Habrá ruido acústico y se le proporcionarán auriculares o tapones para los oídos.

Se le proporcionará un casillero para guardar todas sus pertenencias y usted llevará la llave a la sala de escaneo.

Doy fe que la información proporcionada arriba es correcta según mi leal saber y entender. He leído y comprendo todo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información de este formulario.

Fecha Hora Firma del Paciente/Padre de familia /Tutor legal

Fecha Hora Firma del Tecnólogo de Resonancia Magnética

PARA EL USO DEL PERSONAL DE IRM ÚNICAMENTE/FOR MRI STAFF USE ONLY	
CONTRAST ORDER/SIGNATURE	
Contrast type: _____	Injection Amount: _____
Creatinine Value: _____	GFR Value: _____ Date Acquired: _____
Catheter size: _____	IV site: _____ Time started: _____ Time discontinued: _____
Today's date: _____	Technologist Signature: _____

NAME:

DOB: