

MRI Questionnaire

Nombre del paciente: Edad: _____ DOB: _____ Fecha de hoy: _____

Género: M/F Altura: _____ Peso: _____

Área del cuerpo a examinar: _____

Motivo de la resonancia magnética: _____

1. ¿Alguna vez ha tenido un procedimiento quirúrgico previo de algún tipo? Y / N

a. En caso afirmativo, indique la fecha (aproximada si se desconoce) y el tipo de cirugía:

i. Fecha _____ Tipo de cirugía _____

ii. Fecha _____ Tipo de cirugía _____

2. ¿Alguna vez ha tenido un estudio o examen previo de diagnóstico por imágenes? (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada, rayos X) Y / N

a. En caso afirmativo, indique la fecha, la parte del cuerpo y el tipo de exploración, y dónde:

Tipo de exploración (MRI, CT, rayos X)	Parte del cuerpo	Fecha	Facilidad

3. ¿Ha experimentado algún problema relacionado con un procedimiento previo de RMN? Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

4. ¿Alguna vez has sido soldador, molinillo o trabajador de chapa? Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

5. ¿Ha tenido una lesión ocular que involucre un objeto o fragmento metálico (astillas metálicas, virutas)? Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

6. ¿Alguna vez ha sido herido por un objeto metálico o cuerpo extraño (por ejemplo, BB, bala, metralla)? Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

7. ¿Ha tenido recientemente un estudio de endoscopia del intestino delgado con ingestión de una pequeña cápsula de cámara? Y / N

a. En caso afirmativo, qué tan reciente: _____

8. ¿Está tomando actualmente o ha tomado algún medicamento o droga? Y / N

a. En caso afirmativo, enumere los medicamentos o drogas: _____

9. ¿Es alérgico a algún medicamento o droga? Y / N

a. En caso afirmativo, enumere los medicamentos o drogas: _____

10. ¿Tiene anemia o alguna enfermedad que afecte su sangre? ¿Antecedentes de enfermedad renal, insuficiencia renal, trasplante renal, presión arterial alta (hipertensión), enfermedad hepática (hepática) o convulsiones? Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

11. ¿Tiene antecedentes de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria o reacción al medio de contraste o al tinte utilizado para resonancia magnética, tomografía computarizada o radiografía? Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

12. ¿Alguna vez ha tenido una reacción o le han dicho que no debe recibir inyecciones de contraste para estudios por imágenes?

Y / N

a. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

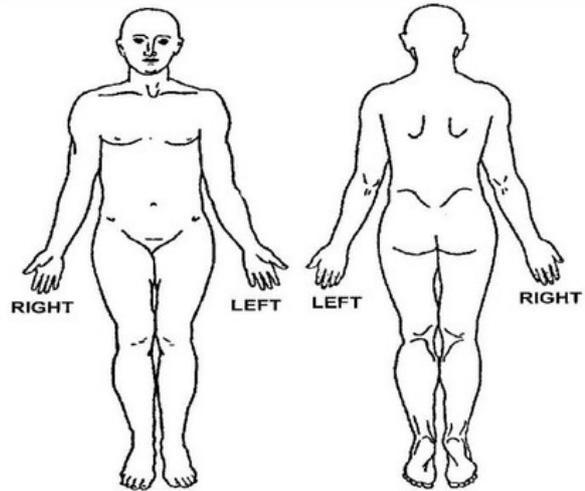
MRI Questionnaire

	<p>WARNING: Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MR procedure (i.e., MRI, MR angiography, functional MRI, MR spectroscopy). <u>Do not enter</u> the MR system room or MR environment if you have any question or concern regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist BEFORE entering the MR system room. The MR system magnet is ALWAYS on.</p>
---	--

Please indicate if you have any of the following:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Aneurysm clip(s) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Cardiac pacemaker |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Implanted cardioverter defibrillator (ICD) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Electronic implant or device |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Magnetically-activated implant or device |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Neurostimulation system |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Spinal cord stimulator |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Internal electrodes or wires |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Bone growth/bone fusion stimulator |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Cochlear, otologic, or other ear implant |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Insulin or other infusion pump |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Implanted drug infusion device |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Any type of prosthesis (eye, penile, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Heart valve prosthesis |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Eyelid spring or wire |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Artificial or prosthetic limb |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Metallic stent, filter, or coil |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Shunt (spinal or intraventricular) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Vascular access port and/or catheter |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Radiation seeds or implants |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Swan-Ganz or thermodilution catheter |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Any metallic fragment or foreign body |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Wire mesh implant |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Tissue expander (e.g., breast) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Surgical staples, clips, or metallic sutures |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Joint replacement (hip, knee, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc. |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | IUD, diaphragm, or pessary |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dentures or partial plates |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Tattoo or permanent makeup |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Body piercing jewelry |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Hearing aid |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <i>(Remove before entering MR system room)</i> |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Other implant _____ |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Breathing problem or motion disorder |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Claustrophobia |

Please mark on the figure(s) below the location of any implant or metal inside of or on your body.




IMPORTANT INSTRUCTIONS

Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.

Please consult the MRI Technologist or Radiologist if you have any question or concern **BEFORE** you enter the MR system room.

Para pacientes femeninas:

13. Fecha del último período menstrual: _____ ¿Eres posmenopáusica? Y / N

14. ¿Está o podría estar embarazada o experimentando un período menstrual tardío? Y / N

15. ¿Está tomando anticonceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal? Y / N

16. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad o está recibiendo tratamientos de fertilidad? Y / N
 En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

17. ¿Está amamantando actualmente? Y / N

MRI Questionnaire

Preparación Para su Resonancia Magnética

Retire todos los objetos metálicos antes de ingresar a la sala de resonancia magnética, incluidos los siguientes:

Joyas (por ejemplo, aretes, anillos, perforaciones corporales), horquillas, pinzas para el cabello, dentaduras postizas, dientes postizos, placas dentales parciales, audífonos, anteojos, reloj, buscapersonas, teléfono celular, llaves, imperdibles, clips de papel, clips de dinero, cualquier tarjeta de banda magnética (por ejemplo, banco, crédito), monedas, bolígrafos, navajas, cortaúñas, herramientas y ropa con sujetadores metálicos o que contengan hilo metálico.

Utilice la protección auditiva suministrada (por ejemplo, tapones para los oídos, auriculares) durante la resonancia magnética porque el escáner de resonancia magnética produce un ruido acústico significativo que puede afectar su audición o que puede resultarle incómodo.

Puede ser necesario que permanezca quieto hasta por una hora mientras está acostado boca arriba durante el procedimiento de resonancia magnética.

Si no cree que pueda permanecer quieto durante tanto tiempo, hable de esto con el tecnólogo o radiólogo de MRI antes de ingresar a la sala de resonancia magnética.

Discuta cualquier pregunta o inquietud que pueda tener o si no está seguro de si un artículo debe retirarse con el tecnólogo o radiólogo de MRI antes de ingresar a la sala de MRI.

Reconozco que toda la información proporcionada es precisa y, por lo tanto, doy mi consentimiento para que me realicen imágenes por resonancia magnética. No tengo marcapasos, clips de aneurisma cerebral o desfibrilador cardíaco.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____