

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE PACIENTES ANTES DE UN PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Fecha ____/____/____

Nombre _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento ____/____/____ Hombre ☐ Mujer ☐ Parte del cuerpo a examinar _____
mes día a, o

- ¿Ha tenido alguna cirugía o algún tipo de operación previa (por ejemplo, artroscopia, endoscopia, etc.)? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor indique la fecha y el tipo de cirugía:
Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____
Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____
- ¿Ha tenido un estudio o una prueba de diagnóstico por imágenes previo (resonancia magnética, tomografía computarizada, ultrasonido, radiografía, etc.) que sea relevante para la prueba de hoy? ☐ No ☐ Sí

Si es así, por favor enumere: Parte del cuerpo Fecha Centro

Resonancia magnética	____/____/____	_____
Tomografía computarizada o tomografía axial computarizada	____/____/____	_____
Radiografía	____/____/____	_____
Ecografía	____/____/____	_____

- ¿Ha tenido algún problema relacionado a una prueba de resonancia magnética anterior o antecedentes de ansiedad o claustrofobia? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor describa: _____
- ¿Ha sufrido alguna herida en el ojo relacionada con objetos o fragmentos metálicos (por ejemplo, astillas metálicas, virutas, cuerpo extraño, etc.)? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor describa: _____
- ¿Alguna vez ha sufrido heridas causadas por algún objeto o cuerpo extraño, o de metal (por ejemplo, balón, bala, esquirlas, etc.)? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor describa: _____
- ¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento o droga? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor indique cuáles: _____
- ¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor indique cuáles: _____
- ¿Tiene antecedentes de rinitis alérgica, asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria o reacción a un medio de contraste o tinte utilizado para una prueba de resonancia magnética, tomografía computarizada o radiografía? ☐ No ☐ Sí
- ¿Sufre de anemia o alguna enfermedad que afecte su sangre o antecedentes de enfermedades renales (riñón) insuficiencia renal, trasplante renal, presión arterial alta (hipertensión), cáncer, quimioterapia, radioterapia, enfermedad del hígado (hepática), antecedentes de diabetes o convulsiones? ☐ No ☐ Sí
Si es así, por favor describa: _____

Para pacientes mujeres:

- Fecha del último período menstrual: ____/____/____ o ¿ya entró en la menopausia? ☐ No ☐ Sí
- ¿Está embarazada o tiene un retraso en el período menstrual? ☐ No ☐ Sí
- ¿Está tomando anticonceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal? ☐ No ☐ Sí
- ¿Está actualmente amamantando? ☐ No ☐ Sí

Parte permanente del expediente médico

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN ANTES DE
UNA RESONANCIA MAGNÉTICA**



ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos y objetos pueden ser peligrosos para usted o pueden interferir con el **procedimiento de resonancia magnética** (es decir, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, resonancia magnética funcional, espectroscopia por resonancia magnética). **No ingrese** en la sala del sistema de resonancia magnética o en el entorno de resonancia magnética si tiene alguna pregunta o inquietud sobre un implante, objeto o dispositivo. Consulte al técnico de resonancia magnética o al radiólogo **ANTES** de entrar en la sala del sistema de resonancia magnética. El imán del sistema de resonancia magnética está **SIEMPRE** encendido.

Por favor, indique si tiene alguno de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| ☐ Sí ☐ No Clipajes de aneurisma | ☐ Sí ☐ No Catéter y/o puerto de acceso vascular |
| ☐ Sí ☐ No Marcapasos cardíaco | ☐ Sí ☐ No Semillas o implantes de radiación |
| ☐ Sí ☐ No Desfibrilador cardioversor implantable (ICD, en inglés) | ☐ Sí ☐ No Catéter Swan-Ganz o de termodilución |
| ☐ Sí ☐ No Implante o dispositivo electrónico | ☐ Sí ☐ No Parche de medicamentos (nicotina, nitroglicerina) |
| ☐ Sí ☐ No Implante o dispositivo activado magnéticamente | ☐ Sí ☐ No Cualquier fragmento o cuerpo extraño metálico |
| ☐ Sí ☐ No Sistema de neuroestimulación | ☐ Sí ☐ No Implante de malla metálica |
| ☐ Sí ☐ No Estimulador de la médula espinal | ☐ Sí ☐ No Expansor de tejido (por ejemplo, seno) |
| ☐ Sí ☐ No Electrodo o cables internos | ☐ Sí ☐ No Grapas quirúrgicas, clips o suturas metálicas |
| ☐ Sí ☐ No Estimulador de crecimiento o de fusión ósea | ☐ Sí ☐ No Reemplazo de articulación (cadera, rodilla, etc.) |
| ☐ Sí ☐ No Implante coclear, otológico u otro implante en el oído | ☐ Sí ☐ No Perno, tornillo, clavo, alambre, placa, etc. en el hueso o en la articulación. |
| ☐ Sí ☐ No Bomba de infusión de insulina o similar | ☐ Sí ☐ No DIU (IUD, en inglés), diafragma o pesario |
| ☐ Sí ☐ No Dispositivo implantado de infusión de medicamentos | ☐ Sí ☐ No ¿Usted está aquí para una prueba de resonancia magnética? |
| ☐ Sí ☐ No Cualquier tipo de prótesis (ocular, peneana, etc.) | ☐ Sí ☐ No Dentaduras postizas o placas parciales |
| ☐ Sí ☐ No Prótesis de válvula cardíaca | ☐ Sí ☐ No Tatuaje o maquillaje permanente |
| ☐ Sí ☐ No Resorte o alambre para párpados | ☐ Sí ☐ No Joyería para piercing |
| ☐ Sí ☐ No Miembro artificial o prótesis | ☐ Sí ☐ No Audífono (Quitarlo antes de hacer la resonancia magnética) |
| ☐ Sí ☐ No Stent, filtro o espiral metálico | ☐ Sí ☐ No Otro implante _____ |
| ☐ Sí ☐ No Derivación (espinal o intraventricular) | ☐ Sí ☐ No Problema para respirar o trastorno de movimiento |

Antes de entrar en la máquina de resonancia magnética o en la sala del sistema de resonancia magnética, debe quitarse todos los objetos metálicos, incluyendo máscaras, audífonos, dentaduras postizas, placas parciales, llaves, biper, teléfono celular, anteojos, horquillas para cabello, pasadores, joyas, joyas para piercings, reloj, imperdibles (o seguros), clips, sujetador de billetes, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas con banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja de bolsillo, cortaúñas, herramientas, ropa con cierres metálicos y ropa con hilos metálicos.

Consulte al técnico de resonancia magnética o al radiólogo si tiene alguna pregunta o inquietud ANTES de entrar en la sala del sistema de resonancia magnética. Un técnico de resonancia magnética de nivel 2 o un médico debe completar la revisión final.

NOTA: Es posible que se le recomiende o exija el uso de tapones para los oídos u otra protección auditiva durante el procedimiento de resonancia magnética para prevenir posibles problemas o peligros relacionados con el ruido acústico.

Afirmo que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información de este formulario y sobre el procedimiento de resonancia magnética al que estoy a punto de someterme.

Firma de la persona que completa el formulario: _____ Fecha ____/____/____

Formulario completado por: ☐ Paciente ☐ Familiar ☐ Enfermera _____
Nombre en letra de molde Relación con el paciente

Persona que revisó la información del formulario: _____
Nombre en letra de molde Firma

☐ Técnico de resonancia magnética ☐ Radiólogo ☐ Otro _____

Parte permanente del expediente médico

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN ANTES DE
UNA RESONANCIA MAGNÉTICA**