

## Stacy Medical Center

### MRI Cuestionario / Formulario de Consentimiento

El sistema MRI tiene un fuerte campo magnético que puede ser peligroso para las personas que entran en el entorno MR o MR sala de exploración - si han tenido cierta metálico, implantes magnéticos o mecánicos electrónicos, dispositivos u objetos. Por lo tanto, se requiere que todos los individuos para llenar este formulario ANTES de entrar en el entorno MR o MR sala de exploración. Tenga en cuenta, el sistema MR está siempre encendida.

Nombre: \_\_\_\_\_ Médico referencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Si es mujer, ¿está embarazada? Si  No

Pace cardiaca Hacedor / Desfibrilador	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lesión Guerra o escopeta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Clips de aneurismas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía cerebral previa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía del Oído Medio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía Vasculat Antes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DIU, diafragma o pesario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tatuajes / Eyeliner Permanente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medicamentos Parches	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Decenas Unidad / Otros artículos eléctricos Implante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dentaduras postizas, retenedores, Otros Odontología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Varilla de metal, Pin o tornillo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Reemplazo de Articulaciones / Ortopédico de Prótesis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer o tumor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Radioterapia o quimioterapia, incluyendo la radiación Semillas o implantes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hearing Aid renal o enfermedad renal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Médico opinión sobre alguno respuestas "Sí": (Inicial): \_\_\_\_\_

Medidas adoptadas: \_\_\_\_\_

¿Eres claustrofóbico (tiene un miedo a los espacios cerrados, tales como ascensores)? Si  No

¿Está tomando algún medicamento para la claustrofobia o ansiedad? Si  No

¿Hay alguna posibilidad de que usted podría tener objetos metálicos en los ojos, la cabeza o el cuerpo? Si  No

¿Ha hecho el trabajo del metal o la soldadura como una profesión o un hobby? Si  No

**RETIRE TODOS LOS OBJETOS FERROMAGNÉTICOS INCLUYENDO RELOJES, JOYAS, TARJETAS DE CRÉDITO, LLAVES.**

Doy fe de que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y comprendido todo el contenido de este formulario, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_