

RESONANCIA MAGNÉTICA (MR) FORMA DE LA INVESTIGACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LOS PACIENTES

Nombre Pasado: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

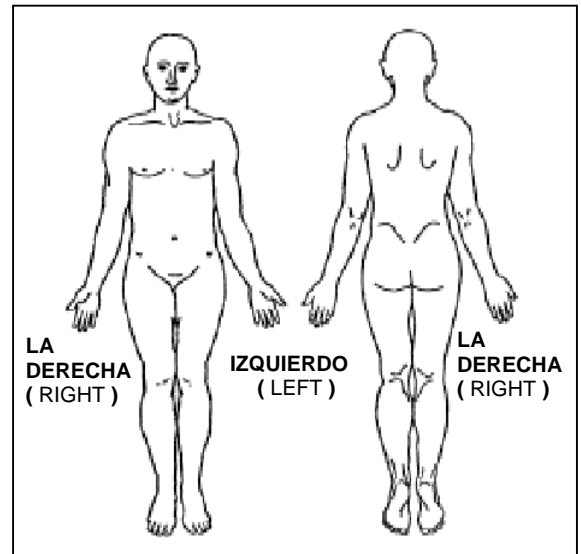


ADVERTENCIA: Los ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden serle peligrosos y/o pueden interferir con SR. procedimiento. Ningún entre MR ambiente o MR sitio del sistema si usted tiene alguna pregunta o preocupación con respecto un implante, un dispositivo, o a un objeto. Consulte al tecnólogo o a radiólogo de MRI ANTES de inscribir al MR. sitio del sistema. **MR sistema está SIEMPRE encendido.**

Indique por favor si usted tiene cualquiera del siguiente:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Clip de Aneurysm(s) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Marcapasos cardiacos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Defibrillator implantado del cardioverter (ICD) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implante o dispositivo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | implante o dispositivo Magne'tico-activado |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sistema de Neurostimulation |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estimulador de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Electrodos o alambres internos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estimulador de la fusión del hueso growth/bone |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implante coclear, otologic, u otro del oído |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | La insulina o la otra bomba de la infusión |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dispositivo implantado de la infusión de la droga |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cualquier tipo de prótesis (ojo, penile, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Prótesis de la válvula del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Resorte o alambre del párpado |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Miembro artificial o próstético |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Stent metálico, filtro, o bobina |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Desviación (espinal o intraventricular) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Puerto y/o catéter vasculares del acceso |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Semillas o implantes de la radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cisne-Ganz o catéter del thermodilution |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Remiendo de la medicación (Nicotina, Nitroglicerina) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cualquier fragmento metálico o cuerpo extranjero |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implante del acoplamiento de alambre |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Amplificador del tejido fino (e.g., pecho) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Grapas quirúrgicas, clips, o suturas metálicas |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Reemplazo común (cadera, rodilla, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Perno de Bone/joint, tornillo, clavo, alambre, placa, ... |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | IUD, diafragma, o pesario |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dentaduras o placas parciales |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tatuaje o maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Joyería de la perforación del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Prótesis de oído |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | (Quite antes de inscribir a SR. sitio del sistema) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otro implanta _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Desorden de respiración del problema o del movimiento |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Claustrophobia |

Por favor marca en el figure(s) debajo de la localización de cualquier implante o metal adentro o en de su cuerpo.



⚠ INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Antes de inscribir MR ambiente o a MR sitio del sistema, usted debe quitar todos los objetos metálicos incluyendo prótesis de oído, dentaduras, placas parciales, llaves, el beeper, el teléfono de la célula, los eyeglasses, los pernos del pelo, los barrettes, joyería, joyería de la perforación del cuerpo, el reloj, los pernos de seguridad, los paperclips, el clip del dinero, tarjetas de crédito, tarjetas de banco, tarjetas de tira magnética, monedas, plumas, el cuchillo del bolsillo, las podadoras del clavo, las herramientas, la ropa con los sujetadores del metal, y la ropa con los hilos de rosca metálicos.

NOTA: Usted puede ser aconsejado o ser requerido usar los auriculares o la otra protección de oído durante SR. procedimiento para prevenir los problemas o los peligros posibles relacionados con el ruido acústico.

Atestiguo que la información antedicha está correcta al mejor de mi conocimiento. Leo y entiendo el contenido de esta forma y tenía la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información sobre esta forma y mirar al SR. procedimiento que estoy a punto de experimentar.

Firma de la persona que llena el formulario: _____ Firma _____ Fecha ___ / ___ / _____

Forme Terminado Cerca: Paciente Relativo Personal _____ Nombre de la impresión _____ Relación al paciente _____