



CUESTIONARIO DE MRI

CABEZA Y ESPINA DORSAL LA FECHA DE HOY _____

LA FECHA DE SU CITA _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ EDAD _____ PESO _____

USTED TIENE MARCAPASOS, U OTROS DISPOSITIVOS IMPLANTADOS? _____

HA TENIDO CUALQUIER CIRUGÍA DEL CEREBRO? _____

LE HAN HECHO CIRUGÍA DEL LOS OJOS O DEL OÍDO CON EXCEPCIÓN DE CATARATA? _____

HA HECHO CUALQUIER TRABAJO CON METAL? _____

HAY MANERA QUE USTED ESTE EMBARAZADA? _____

USTED TIENE ALGUN TIPO DE METAL EN SU CUERPO? _____

NUNCA LE HAN DISPARADO CON UNA BALA O UN BB? _____

SI SU RESPUESTA ES SÍ A UNA DE LAS PREGUNTAS ARRIBA, POR FAVOR NOTIFICANOS ANTES DE SEGUIR LLENANDO LA FORMA!!!!

EL NOMBRE DE SU DOCTOR _____ OTROS DOCTORES QUE NECESITEN LOS RESULTADOS DE ESTE EXAM _____

CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA CUAL SU DOCTOR LA MANDO A HACER ESTA PRUEBA _____

USTED HA TENIDO OTROS MRI ANTES? _____ ADÓNDE LOS HIZO Y CUANDO _____

LE HAN HECHO OTRAS PRUEBAS DE LA MISMA PARTE DEL CUERPO QUE ESTAMOS EXAMINANDO HOY? _____ SI SÍ, QUÉ TIPO DE EXAM Y DONDE LOS HICIERON? _____

TIENE ALGUNA ALERGIAS ? _____

QUE TIPO DE CIRURGIA LE HAN HECHO EN EL PASADO? _____

TIENE USTED: TENSION ARTERIAL ALTA? _____ DIABETES? _____ ENFERMEDAD CARDÍACA? _____

TUMORES _____ CUAL? _____

USTED HACE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS? _____

NUNCA HA HECHO RADIOTERAPIA? _____

NUNCA HA HECHO QUIMIOTERAPIA? _____

ESTA TOMANDO MEDICACIÓN PARA EPILEPSIA? _____

TOMA USTED MEDICACIÓN COMO ESTEROIDE O CORTISONA? _____

SI USTED TIENE UN DE LOS SIGUIENTE, POR FAVOR AVISE AL TECNÓLOGO ANTES DE QUE LA TRAIGAN EN EL CUARTO DE ESTUDIO. EL CAMPO MAGNÉTICO ESTÁ SIEMPRE ENCENDIDO Y ALGUNOS ARTÍCULOS NECESITAN SER QUITADO ANTES DE ENTRAR AL ESTUDIO, COMO: LOS AUDÍFONOS, LOS MARCAPASOS CARDIACOS, LA BOMBA DE INSULINA, LAS DENTADURAS, PRÓTESIS ARTIFICIALES, LOS CLIPS DE LA CIRUGÍA DE ANEURISMA DEL CEREBRO O DEL OJO, LA BALAS, VÁLVULAS Y NEUROSTIMULATOR .

¡POR FAVOR CIRCULO E INFORMA a EL TECNOLOGO SI USTED TIENE CUALQUIERA DEL SIGUIENTE; ALGUNOS ARTICULOS se DEBEN VERIFICAR O DEBEN SER QUITADOS ANTES ENTRAR AL CUARTO DE EXAMEN!

Clip de aneurisma del Cerebro	marcapasos cardiaco	Dentaduras
Válvulas de Corazón	Neurostimulator	injerto Dental tenido por imán
Stent Cardiacos Artificial	Implantó bomba de medicina las grapas,	prótesis clipes Quirúrgicos coyuntura los tornillos en sus huesos
Protesis de articulacion	Tatuajes	Implantes para el oido
Balas de injertos, BB's,	Ojos artificiales	Otros implantes

¿TIENE USTED CUALQUIERA DEL SIGUIENTE?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Andar molesto | <input type="checkbox"/> La pérdida del olfato | <input type="checkbox"/> Nausea / vomito |
| <input type="checkbox"/> Dificultades del habla | <input type="checkbox"/> Visión indistinta | <input type="checkbox"/> Mareo |

SI USTED HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES, DENOTA POR FAVOR CUAL LADO

- | | | | |
|--|---------|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de la cara | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento de la cara | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Perdida del oido | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Perdida de la vision | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Dolor del cuello | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Dolor del brazo | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Hormigue del brazo | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Debilidad del brazo | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo de la pierna | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |
| <input type="checkbox"/> Debilidad en la pierna | DERECHO | IZQUIERDO | AMBOS |

Atestiguo que lo anterior es verdad al mejor de mi conocimiento. He leído y entendí el contenido entero de esta forma y tuve también la oportunidad de hacer preguntas con respecto a esta información.

FIRMA: _____ FECHA: _____

