

Safety Screening Form for MRI

Name: _____ Date: _____ MRN: _____

Age: _____ Date of birth: _____

Required - Height: _____ Weight: _____

Pacemaker/Defibrillator ☐ Yes ☐ No
Implanted heart monitor ☐ Yes ☐ No
Heart Valve replacement ☐ Yes ☐ No
Hearing Aid ☐ Yes ☐ No
Cochlear implant ☐ Yes ☐ No
Electrical Implants ☐ Yes ☐ No
Stents/coils/Filters ☐ Yes ☐ No
Shunt with magnetic valve ☐ Yes ☐ No
Brain aneurysm clips ☐ Yes ☐ No
Glucose Monitor/Pain patch ☐ Yes ☐ No

Infusion pump /Pain Pump ☐ Yes ☐ No
Dentures/Partials/Braces ☐ Yes ☐ No
Metallic ink tattoos ☐ Yes ☐ No
Body Piercings ☐ Yes ☐ No
Pregnant/Breast feeding ☐ Yes ☐ No
Metal fragments anywhere ☐ Yes ☐ No
Currently on dialysis ☐ Yes ☐ No
Renal Insufficiency ☐ Yes ☐ No
Magnetic breast tissue expander ☐ Yes ☐ No

As part of your examination, the radiologist may deem it advisable to give you an I.V. injection of a contrast agent containing gadolinium. However, our radiologists reserve the right to deny contrast for your exam if not considered necessary according to the ACR guidelines due to the potential impact contrast may have on the kidneys. Although gadolinium contrast agents have been used safely in millions of cases, minor reactions (headaches and nausea) occur in about 2% of patients, whereas serious life-threatening reactions have been reported in about 1 in 400,000.

Have you ever had a previous allergic reaction to gadolinium contrast material? Yes ☐ No ☐

Any previous exams related to this body part? When? Where? _____

List prior
surgeries: _____

I attest that the answers I have provided to questions on this form are correct to the best of my knowledge. I have read and understand the entire contents of this form and have the opportunity to ask questions regarding the information on this form.

Signature _____ Date _____

Formulario de Evaluación de Seguridad para Resonancia Magnética (MRI)

Fecha: _____ Nombre: _____ MRN: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Requerido - Estatura: _____ Peso: _____

Marcapasos/Desfibrilador	Sí	No
Monitor cardíaco implantado	Sí	No
Reemplazo de válvula cardíaca	Sí	No
Audífono	Sí	No
Implante coclear	Sí	No
Implantes eléctricos	Sí	No
Stents/Coils/Filtros	Sí	No
Derivación con válvula magnética	Sí	No
Clips de aneurisma cerebral	Sí	No
Monitor de glucosa/Parque para dolor	Sí	No
Bomba de infusión/Bomba de dolor	Sí	No
Dentaduras parciales/Frenillos	Sí	No
Tatuajes con tinta metálica	Sí	No
Perforaciones corporales	Sí	No
Embarazada/Lactando	Sí	No
Fragmentos metálicos en el cuerpo	Sí	No
Actualmente en diálisis	Sí	No
Insuficiencia renal	Sí	No
Expansor de tejido mamario magnético	Sí	No

Como parte de su examen, el radiólogo puede considerar aconsejable administrarle una inyección intravenosa (I.V.) de un medio de contraste que contenga gadolinio. Sin embargo, nuestros radiólogos se reservan el derecho de negar el contraste para su examen si no se considera necesario según las pautas del ACR, debido al posible impacto que el contraste puede tener en los riñones. Aunque los agentes de contraste con gadolinio se han utilizado de manera segura en millones de casos, las reacciones leves (dolor de cabeza y náusea) ocurren en aproximadamente el 2% de los pacientes, mientras que las reacciones graves y potencialmente mortales se han reportado en aproximadamente 1 de cada 400,000 casos.

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica previa al material de contraste con gadolinio? Sí No

¿Exámenes previos relacionados con esta parte del cuerpo? ¿Cuándo? ¿Dónde?

Liste cirugías previas:

Certifico que las respuestas que he proporcionado en este formulario son correctas según mi mejor conocimiento. He leído y entiendo todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información contenida en él.

Firma: _____ Fecha: _____