

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/Parche 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: _____