Infforrmacción ddeel ppaacciieenntteeppaarraalalass iimágenes de Resonancia Magnética

**FOR OFFICE USE ONLY**

**□ Advanced Medical Imaging**

**□ California Imaging Institute**

**Nombré del paciente:**

Si No Es usted claustrofóbico?

Si No ¿Tiene usted un marcapaso cardiaco?

**MRN:**

Si No ¿Ha tenido algo implantado quirúrgicamente en su cuerpo? (Válvulas del Corazón, Aneurisma clip ,Pompa de medicación, Neuro estimulador)

*Que tipo, cuando:*

Si No ¿Ha tenido cirugía en el cerebro, ojos, oídos?

*Que tipo, indicar donde:*

Si No ¿Ha soldado o limar sin lentes de protección?

*Cuando:*

Si No ¿Ha tenido un accidente o una herida en cual pedazos de metal se alojaron en sus ojos o su cuerpo?

*¿Si es así, que parte del cuerpo?:*

Si No ¿Tiene un anillo pesario o un aparato de dispositivo intrauterino? Si No ¿Esta embarazada o tratando de embarazarse?

*Fecha de su ultima regla menstrual:*

Si No ¿Esta dando pecho?

Si No ¿Usa audífono (aparato para los oídos)?

Si No ¿Tiene parche de medicamento en su cuerpo?

*Tipo:*

Si No ¿Ha tenido alguna otras cirugías?

*Que tipo:*

Si No ¿Ha tenido una resonancia magnética anteriormente?

*¿Si es así, que parte del cuerpo?*

Aproximado Peso:

**Firma del paciente:**

**Fecha:**

Que síntomas tiene :

**Para el uso de la oficina solamente. No escriba por favor debajo de esta línea.**

Duración:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si | No | Trauma? *Causa:* |
| Si | No | ¿Tiene historia de cáncer? *Tipo:* |
| Si | No | ¿Tiene alergias alguna comida o medicamento? |
|  | | ¿Enfermedades recientemente diagnosticadas?  De los Riñones Si No Del Hígado SI No Diabetes Si No Cardiopatía ( del corazón) Si No Hipertension Si No |
| Problemas respiratorios (asma, enfisema) Si No |
| Artritis o Reumas Si No |

**Firma de entrevistador: Próxima cita medica:**

**Fecha:**

Rev. 5/2018