

Advanced Medical Imaging California Imaging Institute

# Información del paciente para las imágenes de Resonancia Magnética

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

- Si  No Es usted claustrofóbico?
- Si  No ¿Tiene usted un marcapaso cardiaco?
- 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 audifono (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: \_\_\_\_\_

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

Que síntomas tiene :

\_\_\_\_\_

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 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Del Hígado                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cardiopatía ( del corazón)               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|                |   | Hipertension                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|                |   | Problemas respiratorios (asma, enfisema) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|                |   | Artritis o Reumas                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Firma de entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Próxima cita medica: \_\_\_\_\_