



CLEARVIEW OPEN MRI

Accredited by the American College of Radiology

NUMERO DE CUENTA _____ MEDICO QUE LO ENVIÓ: _____

NOMBRE _____

SEXO: _____ ESTATURA _____ PESO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ACCIDENTE RELACIONADO CON AUTOMÓVIL RESBALÓN Y CAÍDA OTRO _____

FECHA DE ACCIDENTE _____

DESCRIBA SUS SÍNTOMAS _____

CIRUGÍAS Y FECHAS _____

PRECAUCIÓN

Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopia). No entre a la sala del escáner de MR o la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto.

POR FAVOR INDIQUE SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

Pinza(s) de aneurisma	Si	No	Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)	Si	No
Marcapasos cardiaco	Si	No	Cualquier fragmento metálico en los ojos	Si	No
Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)	Si	No	Implante tipo malla	Si	No
Implante electrónico o dispositivo electrónico	Si	No	Aumentador de tejidos (ej. Pecho)	Si	No
Implante o dispositivo activado magnéticamente	Si	No	Grapas quirúrgicas, pinzas, o suturas metálicas	Si	No
Sistema de neuroestimulación	Si	No	Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc)	Si	No
Estimulador de la medula espinal	Si	No	Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.	Si	No
Electrodos o alambres internos	Si	No	Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, o pesario	Si	No
Estimulador de crecimiento/fusión del hueso	Si	No	Dentaduras o placas parciales	Si	No
Implante coclear, otológico, u otro implante del oído	Si	No	Tatuaje o maquillaje permanente	Si	No
Bomba de infusión de insulina o similar	Si	No	Perforación (piercing) del cuerpo	Si	No
Dispositivo implantado para infusión de medicamento	Si	No			
Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)	Si	No	Audífono (quíteselo antes de entrar a la sala de escáner MR.)	Si	No
Prótesis de válvula cardíaca	Si	No	Otro implante _____	Si	No
Muelle o alambre del parpado	Si	No	Problema respiratorio o desorden del movimiento	Si	No
Extremidad artificial o prostética	Si	No	Claustrofóbico(a)	Si	No
Malla metálica (stent), filtro, o anillo metálico	Si	No	Embarazada	Si	No
Shunt (espinal o interventricular)	Si	No			
Catéter y/u arteficio de acceso vascular	Si	No			
Shunt (espinal o interventricular)	Si	No			
Semillas o implantes de radiación	Si	No			
Catéter de Swan-Ganz o de termo dilución	Si	No			

*** POR FAVOR REMUEVA AUDÍFONOS Y TODA JOYERÍA ***

Certifico que las preguntas que anteceden fueron contestadas verazmente a mi mejor saber y entender y que libero de la responsabilidad a Clearview Open MRI.

Paciente/ Firma _____

Fecha _____