

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____
Altura del paciente: _____ cm o in Peso del paciente: _____ kg o lb
Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Tiene colocado un **marcapasos o desfibrilador**?
 Sí No
2. ¿Tiene algún tipo de implante en su cuerpo con el que no haya nacido?
 Sí No Explique: _____
3. ¿Piensa que podría estar **embarazada**?
 Sí No
4. ¿Tiene colocado un **expansor de tejido mamario**?
 Sí No **(No se debe escanear nunca a pacientes con estos dispositivos).**
5. ¿Tiene claustrofobia?
 Sí No
6. ¿Alguna vez tuvieron que repararle un aneurisma?
 Sí No Explique: _____
7. ¿Tiene algún tipo de implante, en su cuerpo, como un neuroestimulador medular, estimulador cerebral profundo, válvula o endoprótesis programable o malla abdominal?
 Sí No Explique: _____
8. ¿Tiene algún tipo de dispositivo, incluidos, entre otros, una bomba de infusión de analgésicos o de insulina, prótesis o audífonos?
 Sí No Explique: _____
9. ¿Tiene un dispositivo de estabilización de columna?
 Sí No
10. ¿Tiene algún implante interno para la audición?
 Sí No
11. ¿Alguna vez tuvo una operación fuera de los Estados Unidos?
 Sí No País en el que se realizó: _____ Año: _____ Parte del cuerpo: _____
12. ¿Tiene diabetes?
 Sí No
13. ¿Usa un parche con medicación o cualquier tipo de dispositivo para inyectarse medicación?
 Sí No
a. (Por ejemplo: un monitor de glucosa, parche de estrógeno o parche de Neulasta [oncológico])
b. Explique: _____

Complete la segunda página de este formulario

marin
healthSM
Medical Center

250 Bon Air Road
Greenbrae, CA 94904

**MRI SCREENING
QUESTIONNAIRE
(SPANISH)**



14. ¿Le dispararon alguna vez? ¿Aún tiene la bala o un fragmento metálico dentro del cuerpo?
 Sí No Explique: _____
15. ¿Actualmente tiene una cápsula endoscópica, una píldora vibratora (Vibrant), un registrador de bucle o un sistema de gestión de reflujo LINX?
 Sí No
16. ¿Alguna vez le entró metal en los ojos o realizó trabajos de soldadura, corte de chapa o corte con soplete?
 Sí No
17. En caso afirmativo, ¿necesitó alguna vez asistencia médica para extraerle metal de los ojos?
 Sí No Explique: _____
18. ¿Tiene tatuajes, delineador permanente o extensiones capilares?
 Sí No (En caso afirmativo, encierre el elemento que corresponda en un círculo)
19. ¿Utiliza lentes de contacto coloridos (uso estético)?
 Sí No En caso afirmativo, ¿cuál utiliza? Estándar Color
20. ¿Utiliza aparatos, dentadura postiza o expansores dentales?
 Sí No (En caso afirmativo, encierre el elemento que corresponda en un círculo)
21. ¿Tiene perforaciones corporales?
 Sí No Indique la ubicación: _____
22. ¿Tiene antecedentes de hipertensión arterial?
 Sí No
 a. ¿Toma algún medicamento para tratar la hipertensión arterial?
 Sí No
23. ¿Tiene algún problema renal?
 Sí No
 a. (Por ejemplo: funcionamiento renal deficiente, enfermedad renal, extirpación total o parcial de un riñón) Explique: _____
24. ¿Se encuentra en diálisis?
 Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo tiene programada su próxima sesión de diálisis?
25. ¿Utiliza algún dispositivo anticonceptivo interno?
 Sí No En caso afirmativo, indique el tipo: _____
26. ¿Tiene un pesario?
 Sí No
27. ¿Tiene implante peneano?
 Sí No

Yo o mi representante leímos y contestamos el cuestionario de evaluación para la resonancia magnética. El personal de Estudios de Resonancia Magnética revisó este formulario. Al firmar este formulario, acepto someterme al estudio.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 Firma del representante del paciente: _____ Fecha: _____
 Firma del personal de Radiología o Enfermería: _____ Fecha: _____



250 Bon Air Road
 Greenbrae, CA 94904

**MRI SCREENING
 QUESTIONNAIRE
 (SPANISH)**