

## Longhorn Imaging Forma Detección de Metal

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Seguimiento fecha de la cita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Altura: \_\_\_ Peso: \_\_\_ Sexo: M / F

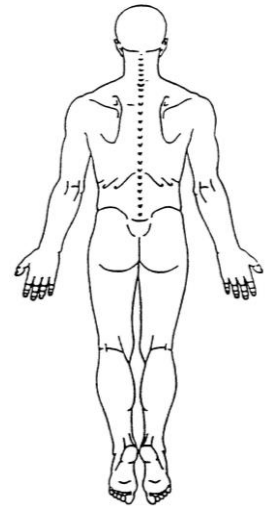
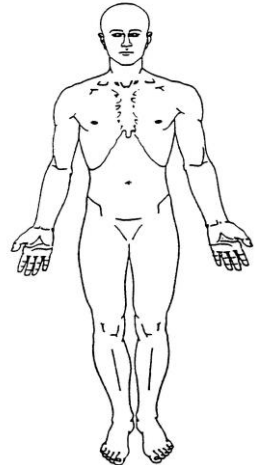
**Por favor, dar una descripción de sus síntomas y fecha de la lesión.**

¿Cómo le lesiona? \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Accidente Automovilístico \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
¿Ha tomado alguna sedación para su examen hoy? Si \_\_\_ No \_\_\_ qué tipo/tiempo \_\_\_\_\_

**Por favor indique si tiene la siguiente: (por favor leer y comprobar cada línea)**

\*\*\* Por favor indicar donde se encuentra su dolor:

- Sí  No marcapasos cardiaco
- Sí  No Desfibrilador implantado cardio
- Sí  No Clip de aneurisma o bobina \_\_\_\_\_
- Sí  No Dispositivo de implante electrónico \_\_\_\_\_
- Sí  No Sistema de neuroestimulación o estimulador de la médula espinal
- Sí  No El crecimiento del hueso o estimuladora fusión ósea
- Sí  No Electrodo internos o alambres
- Sí  No Dispositivo de infusión de medicamentos implantado \_\_\_\_\_
- Sí  No Insulina u otra bomba de infusión \_\_\_\_\_
- Sí  No coclear, otológicos, u otros implantes de oído \_\_\_\_\_
- Sí  No prótesis de válvula cardiaca
- Sí  No cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc.) \_\_\_\_\_
- Sí  No Primavera de parpados o alambre
- Sí  No Extremidad artificial o prótesis
- Sí  No Stent Metálico, filtro o bobina \_\_\_\_\_ Fecha implanta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Sí  No Derivación (espinal o interventricular) \_\_\_\_\_
- Sí  No Puerto de acceso y/o catéter
- Sí  No Semillas de radiación o implantes
- Sí  No Swan-ganz (catéter pulmonar) o termodilución catéter \_\_\_\_\_ Fecha implanta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Sí  No Parche de medicación (nicotina, nitroglicerina) \_\_\_\_\_
- Sí  No Cualquier fragmento metálico o un cuerpo extraño
- Sí  No implante de malla de alambre
- Sí  No Expansor del tejido (por ejemplo, mama/pecho)
- Sí  No Grapas, clips o suturas quirúrgicas metálicas \_\_\_\_\_
- Sí  No Re-Emplazo articulares \_\_\_ Cadera \_\_\_ Rodilla \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
- Sí  No pasador de hueso/articulación, tornillo, clavo, alambre, placa, etc.
- Sí  No Diafragma, dispositivo intrauterino, pesario
- Sí  No Dentaduras postizas o placas parciales
- Sí  No Tatuaje o maquillaje permanente, o joyería perforación del cuerpo
- Sí  No Audífono
- Sí  No Otro implante no aparece \_\_\_\_\_
- Sí  No Claustrofobia, Si sí que tipo medicación ha recetado su medico \_\_\_\_\_
- Sí  No cualquier posibilidad que pueda estar embarazada? Último ciclo menstrual \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Sí  No ha tenido alguna vez una lesión en el ojo con virutas de metal o metal



**Por favor lista cualquier tipo de las alergias:** \_\_\_\_\_

**Por favor lista cualquiera cirugía:** \_\_\_\_\_

**Por favor lista cualesquiera medicamentos usted está tomando:** \_\_\_\_\_

**MRI Historia Contraste**

¿Alguna vez recibió una inyección de contraste en el pasado \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Ha tenido algún tipo de reacción \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Estas amamantando \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

\*\*\* ¿Tienes historia de enfermedad renal \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

\*\*\* ¿Tienes historia de alta presión sanguínea \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

\*\*\* ¿Tienes historia de diabetes \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Alguna vez has tenido enfermedad hepática grave o trasplante de hígado o esperas trasplanté de hígado \_\_\_ Si \_\_\_ No

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Firma MRI Tecnólogo

**Fecha** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INSTRUCCIONES IMPORTANTES**

Antes de entrar en la Resonancia Magnética ambiente de la sala del escáner, debe quitar todos los objetos metálicos incluyendo audífonos, prótesis dentales, placas parciales, llaves, teléfonos celulares, anteojos, horquillas, broches, joyas, joyería del cuerpo, reloj, alfileres, clips, clip de dinero, tarjetas de crédito, bolígrafos cuchillo de bolsillo, cortaúñas, herramientas, prendas de vestir con sujetadores metálicos y ropa con hilos de metal. Se le dará su propio cuarto para asegurar sus pertenencias. Por favor cerrar la puerta y llevar la llave contigo. (La clave es MRI seguro y se puede mantener en el cuarto con usted).