



CUESTINARIO PRELIMINAR de MRI

| | | | |
|---------------------|------|------|-------------------------------|
| Nombre del Paciente | | | Fecha |
| Sexo | Edad | Peso | Número de Cuenta del Paciente |

Este cuestionario fue creado para ayudarnos a determinar si es inocuo someterle a un procedimiento de producción de imágenes por resonancia magnética. Es importante que conteste todas las preguntas siguientes. **Si no entiende alguna pregunta, por favor solicite ayuda.**

PREGUNTAS

| | | | | |
|-----|---|----|----|-------|
| 1. | ¿Tiene algún marcapasos, alambres, desfibrilador, o válvulas cardiacas implantadas? | Si | No | No sé |
| 2. | ¿Ha sido sometido alguna vez a cirugía de la cabeza en la que se requirieran sujetadores de aneurisma? | Si | No | No sé |
| 3. | ¿Ha sido sometido alguna vez cualquier tipo de cirugía? | Si | No | No sé |
| 4. | ¿Ha tenido alguna vez una reacción a un agente de contraste utilizado para MRI, CT o rayos X? | Si | No | No sé |
| 5. | ¿Tiene cualquier tipo de metal implantado quirúrgicamente en el cuerpo? | Si | No | No sé |
| 6. | ¿Ha estado expuesto alguna vez a fragmentos de metal que pudiera estar albergado en los ojos o en el cuerpo? | Si | No | No sé |
| 7. | ¿Tiene algún aparato auditivo, prótesis en el oído medio o interno, o dentadura postiza? | Si | No | No sé |
| 8. | ¿Tiene algún clavo, articulación, prótesis de metal, o cualquier objeto metálico dentro del cuerpo o adherido al cuerpo? | Si | No | No sé |
| 9. | ¿Tiene algún tipo de dispositivo electrónico (estimulador o bomba) implantado en el cuerpo? | Si | No | No sé |
| 10. | ¿Ha tenido alguna vez tatuajes, delineador de ojos o de labios tatuado, o perforaciones en el cuerpo? | Si | No | No sé |
| 11. | ¿Usa un parche transdérmico (de nitroglicerina o nicotina)? | Si | No | No sé |
| 12. | ¿Tiene antecedentes de ataques de pánico o miedo de lugares cerrados o estrechos? | Si | No | No sé |
| 13. | ¿Tiene antecedentes de alergias a fármacos o a alimentos? | Si | No | No sé |
| 14. | ¿Tiene antecedentes de enfermedades renales, ataques, asma o enfisema? | Si | No | No sé |
| 15. | Si es mujer, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo? | Si | No | No sé |
| 16. | Si es mujer, ¿está dando el pecho? | Si | No | No sé |
| 17. | ¿Existe algún otro artículo o dispositivo del que usted crea que debemos estar enterados antes de realizar el procedimiento? En caso afirmativo, sírvase describirlo: | | | |

Certifico que he leído y entendido las preguntas hechas en este cuestionario y que las respuestas que he dado son correctas en lo que respecta a mi leal saber. Entiendo que es responsabilidad mía informar al Inview Imaging de todo fragmento y/o dispositivo de metal que pueda tener en el cuerpo y que el no hacerlo podría causar una lesión corporal grave o amenazar mi vida. Acepto que en caso de tener cualquier metal en el cuerpo y tras haber consultado con un médico opte por proceder con un procedimiento de MRI, exoneraré al Inview Imaging de cualquiera y toda responsabilidad por toda lesión ocurrida.

| | | |
|--|---|-------|
| Firma del paciente o de su representante legal | Escriba su nombre y autoridad (si es el representante legal) en letra de imprenta | Fecha |
| Firma del testigo o intérprete | Nombre en letra de imprenta | Fecha |
| Médico/Enfermera Diplomada/Tecnólogo | Nombre y puesto en letra de imprenta | Fecha |