

**UC DAVIS IMAGING RESEARCH CENTER CUESTIONARIO PREVIA A ESTUDIO CON
RESONANCIA MAGNETICA**

Fecha ____/____/____ | Investigador: _____

Nombre _____ Altura _____ Peso _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento _____

2. Anteriormente, ha tenido cirugía o procedimiento invasivo similar en cual dispositivos médicos pudieron ser implantadas? No Si

Si respondió afirmativamente, indique:

Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____

Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____

2. Anteriormente, le han hecho un estudios con resonancia magnética?

Si respondió afirmativamente, indique:

Parte del cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

3. Ha trabajado con metal (moliendo, fabricando, etc) o se ha golpeado el ojo con un objeto o fragmento metálico (e.g. astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc)? No Si

Si respondió afirmativamente, por favor describa: _____

Para los pacientes femeninos:

4. Está embarazada o hay posibilidad que usted este embarazada? No Si

5. Está amamantando a su bebé? No Si 6. Fecha de su último periodo menstrual: ____/____/____

7. Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad o recibiendo tratamientos de fertilidad? No Si

8. Está tomando contraceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal? No Si

9. Esta actualmente tomando o ha recientemente tomado algún medicamento o droga? No Si
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

10. Tiene anemia o otra enfermedad que afecte su sangre, o una historia de enfermedad de riñón? No Si
 Si respondió afirmativamente, describa: _____

11. Tiene historia de epilepsia o ataque de apoplejía? No Si

12. Es usted alérgico/a a algún medicamento? No Si
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

13. Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, o reacción en contrastes o tinturas usados en exámenes de MRI o CTs? No Si

Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética Pro favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Si No Marcapasos cardíaco
 Si No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
 Si No Pinza(s) de aneurisma
 Si No Pinza cardiac de la Arteria carótida
 Si No Sistema de neuroestimulación
 Si No Bomba de infusión de insulina ó similar
 Si No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
 Si No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído

 Si No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
 Si No Prótesis de válvula cardíaca
 Si No Extremidad artificial ó prótesis
 Si No Electrodo(s) (en el cuerpo, cabeza, o cerebro)
 Si No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico

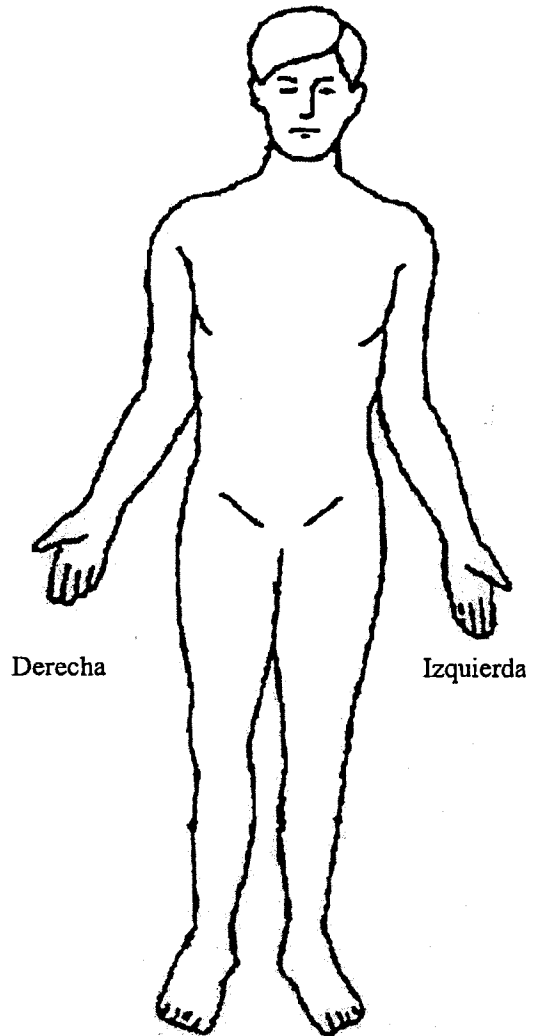
 Si No Shunt (espinal ó intraventricular)
 Si No Catéter y/u orificio de acceso vascular
 Si No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
 Si No Cualquier implante mantenido en lugar con imán

 Si No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina) **(Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR)**
 Si No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
 Si No Tatuaje ó maquillaje permanente
 Si No Perforación (piercing) del cuerpo
 Si No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño (incluyendo balas o astillas metálicas)

 Si No Electrodo(s) ó alambres internos
 Si No Pinzas aorticas
 Si No Implante tipo malla
 Si No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
 Si No Barra Harrington (espina)
 Si No Barras metálicas en los huesos
 Si No Articulaciones artificiales
 Si No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
 Si No Audífono **(Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR)**
 Si No Dentaduras ó placas parciales **(Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR)**

 Si No Problema respiratorio
 Si No Desorden del movimiento
 Si No Claustrofobia
 Si No Ansiedad

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal.



Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audífono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

NOTA: USTED ESTA REQUIRIDO USAR AURICULARES U OTRA PROTECCIÓN DE SUS OÍDOS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE MR

Nombre de la persona llenando este cuestionario

Fecha: ____/____/____

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente: _____
Nombre y relación con el paciente

Doctor u otro: _____
Nombre y relación con el paciente

Firma y nombre en texto de la persona revisando el cuestionario

Fecha: ____/____/____