

PLACE LABEL HERE

Routine: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

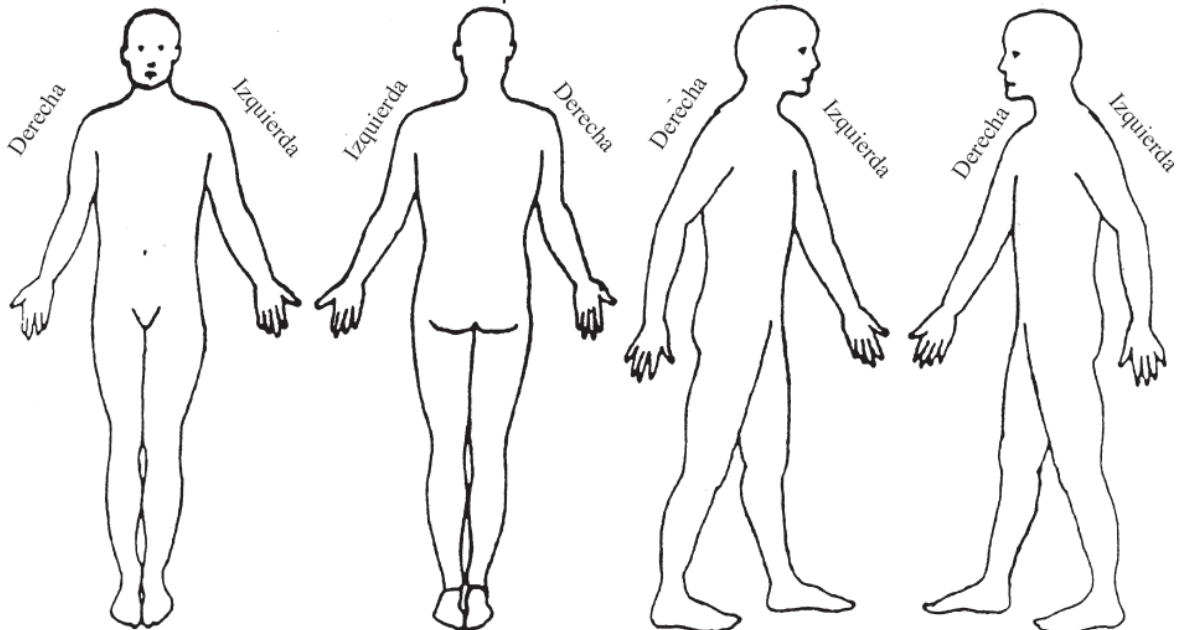
**HISTORIA Y REVISION DE SEGURIDAD** - Fecha de herida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cuanto pesas \_\_\_\_\_

Cuando es su cita con su doctor? \_\_\_\_\_

1. Le han operado en la area que vamos ha examiner hoy? | SI, fecha \_\_\_\_\_ | NO \_\_\_\_\_
2. Hay algun historia de trauma en la area que vamos ha examiner hoy?  
por favor describe \_\_\_\_\_
3. Has tenido usted personalmente, una historia de cancer? por favor describe \_\_\_\_\_  
\*Hay algun historia de cancer de la piel? Indique cual tipo \_\_\_\_\_melanoma o \_\_\_\_\_squamous/basal cell
4. Has tenido algunos de estos estudios relacionado ha su problema?  
Radiografias Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_  
Tomografia Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_  
Resonancia Magnetica \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_
5. Estas, o hay alguna posibilidad que estas embarazada? | SI | NO
6. Trabajas, o has trabajado como maquinista de metal, o en caulquier profesion donde se muele metal? | SI | NO

**INFORMATION SOBRE SU DOLOR**

Favor de marcar las areas de su cuerpo donde sienta dolor, entumecimiento o debilidad



Hace cuanto tienes estas sintomas? \_\_\_\_\_

**AVISO:** Ciertos implantes, aparatos o objetos pueden ser arriesgado para usted o puede interferir con el Resonancia Magnetico. Por favor de no entrar el cuarto de Resonancia Magnetico, si usted tiene alguna pregunta concierne a su implante, aparato o objeto, consulte con el tecnico antes de entrar el cuarto de Resonancia Magnetico. El iman de Resonancia Mangetica siempre esta encendido.

Por favor de mostrar si usted tiene lo siguiente:

- SI  NO GRAPAS EN EL CELEBRO
- SI  NO MARCAPASOS CARDIACO
- SI  NO DEFIBILADOR CARDIACO IMPLANTAD
- SI  NO APARATO IMPLANTADO ELECTRONICO
- SI  NO APARATO IMPLANTADO MAGNETICO
- SI  NO ESTIMULADOR NEURONAL (UNIDAD TENS)
- SI  NO ESTIMULADOR PARA ESPINA DORSAL
- SI  NO ELECTRODOS
- SI  NO ESTIMULADOR PARA LOS HUESOS
- SI  NO IMPLANTE EN EL CARACOL (OIDO MEDIO)
- SI  NO BOMBA DE INSULA
- SI  NO APARATO IMPLANTADO PARA INFUSION DROGAS
- SI  NO PROSTESIS
- SI  NO VALVULA CARDIACO
- SI  NO ALAMBRE EN EL PARPADO
- SI  NO MIEMBRO ARTIFICIAL
- SI  NO FILTRO OR ROLLO METALICO
- SI  NO DESVIACION ESPINAL OR INTRAVENTICULAR
- SI  NO CATETER O PUERTO PARA ACCESO VASCULAR
- SI  NO IMPLANTES O SEMILLAS DE RADIACION
- SI  NO CATETER DE THERMODESOLUCION
- SI  NO PARCHES DE MEDICACION
- SI  NO FRAGMENTOS DE METAL EN SU CUERPO
- SI  NO IMPLANTE DE MALLA DE ALAMBRE
- SI  NO TEJIDO ESPACIAR PARA LOS SENOS
- SI  NO SUTURAS DE ALAMBRE
- SI  NO HUESOS FRACTURADOS CON CARILLAS DE METAL
- SI  NO PLACAS, ALFILERES, TORNILLOS, CLAVOS O GRAPAS DE METAL
- SI  NO IUD (DEPOSITIVO INTRAUTERINO)
- SI  NO DENTADURA POSTISA O IMPLANTE DENTAL
- SI  NO TATUAHE OR MAQUILLAJE PERMANENTE
- SI  NO JOYAS EN SU CUERPO PENETRANTES
- SI  NO AUDIFONOS (QUITAR ANTES DEL EXAMEN)
- SI  NO OTRO IMPLANTE \_\_\_\_\_
- SI  NO PROBLEMAS CON LA RESPIRACION O CON EL MOVIMIENTO
- SI  NO CLAUSTROFOBIA

**Favor de marcar la figura abajo la locacion donde tiene un implante o metal dentro o encima de su cuerpo.**

**⚠ INSTRUCCIONES IMPORTANTES**

Antes de entrar el cuarto o ambiente Resonancia Magnetico, tienes que **quitar** todos objetos metales incluyendo aparatos para sordos, dentadura postiza, llaves, beeper, telefono celular, anteojos, ganchos para e cabello, joyas, relojes, tarjetas de credito, tarjetas que tienen rayo magnetico, monedas, y cualquier otro metal que tenga puesto. Si su ropa tiene broches de metal o hil de metal le pediremos que se cambia antes del examen.

Atesto que la informacion arriba es correcto. He leído y entiendo el contenido de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la informacion en esta forma y el procedimiento Resonancia Magnetica que voy a recibir.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Forma llenanda por otra persona: \_\_\_\_\_ relacion del paciente \_\_\_\_\_

Forma revisada por: \_\_\_\_\_  
   
 Print name Signature