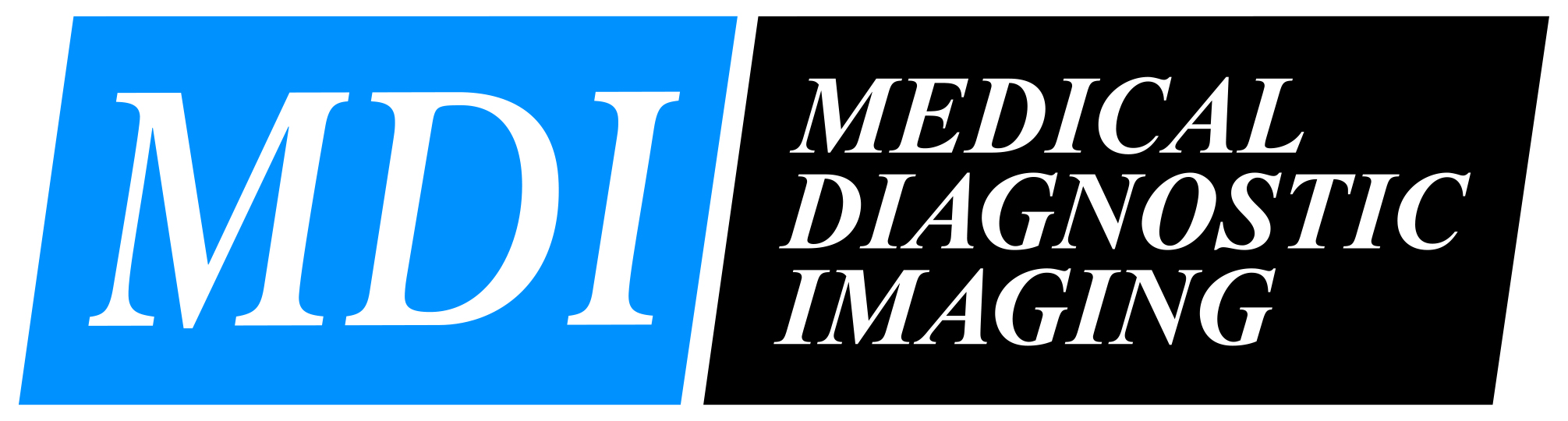
**MDI-FRANKLIN** **MDI-GREENFIELD MDI-MILWAUKEE**

*(MRI, US, CT & X-Ray) (MRI & US) (MRI, US, CT, X-Ray & Fluoro)*

3111 W Rawson Ave Ste #105 6150 W Layton Ave 8522 W Capitol Dr

Fax: (414) 301-4501 Fax: (414) 282-4105 Fax: (414) 847-1820

**CUESTIONARIO DE SALA MR (METAL)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A NUESTROS PACIENTES Y A LOS MIEMBROS FAMILIARES ACOMPAÑANTES**  La sala MR contiene un imán muy fuerte. Antes de que se le permita entrar, debemos saber si tiene algún metal en su cuerpo. Algunos objetos metálicos pueden interferir con su exploración o incluso pueden ser peligrosos, así que POR FAVOR responda las siguientes preguntas con cuidado. Si usted tiene una pregunta con respecto a cualquier cosa en este formulario, POR FAVOR NO DUDE EN PREGUNTAR! | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE:** | | | | **DOB:** | | | |  | | | **ALTURA:** |  | **PESO:** |  |
| Sí | No | ¿Alguna vez ha tenido cirugía de cualquier tipo? | | | | | | | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, favor de listarlas todas con fechas: | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, sírvase describir: | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Eres claustrofóbico? | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Está usted embarazada, posiblemente embarazada o lactando? Fecha del último ciclo menstrual: | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Alguna vez ha tenido una lesión de metal en el ojo? | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿fue eliminado de su ojo? | | | | | Sí | | No | | | | | | | |
| ¿Ha tenido una resonancia magnética desde la lesion? | | | | | Sí | | No | | | | | | | |
| ?¿Dónde?: | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica previa al gadolinio, material de contraste de MRI? | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Tiene alguna otra alergia a la comida, medicina, etc.? En caso afirmativo, explíquelo porfavor: | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | ¿Tiene antecedentes de asma o enfisema? | | | | | | | | | | | | |
| **¿TIENE ALGUNO DE ESTOS ELEMENTOS EN SU CUERPO?** | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | Marcapasos cardíaco, cables de marcapasos o desfibrilador | Sí | | | No | | | Puerto vascular o cualquier tubo o catéter implantado | | | | | |
| Sí | No | Cerebro aneurisma clip | Sí | | | No | | | Cualquier tipo de prótesis (ojo/oído/miembro/pene) | | | | | |
| Sí | No | Válvula cardíaca artificial | Sí | | | No | | | Desviación | | | | | |
| Sí | No | Implante de oído (coclear) o audífonos | Sí | | | No | | | Balas, pellets o metralla metálica | | | | | |
| Sí | No | Estimulador eléctrico para nervios o huesos (TENS) | Sí | | | No | | | Trabajos dentales extraíbles, prótesis dentales, tirantes, retenedores o implantes | | | | | |
| Sí | No | Implante de ojo o resorte de párpados | Sí | | | No | | | Diafragma o dispositivo intrauterino (DIU) | | | | | |
| Sí | No | Estimulador del nervio vagal | Sí | | | No | | | Pinzas quirúrgicas, grapas, alambre, malla o puntos de sutura | | | | | |
| Sí | No | Bomba de infusión o parche de medicamento | Sí | | | No | | | Placas ortopédicas, tornillos, clavijas, varillas o alambres | | | | | |
| Sí | No | Implante magnético o electrónico | Sí | | | No | | | Tatuajes o piercings corporals: Ubicación (es) | | | | | |
| Sí | No | Bobina, filtro o stent |
| **INFORMACIÓN SOBRE GADOLINIUM CONTRASTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Por qué el médico ordenó la resonancia magnética? | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Por cuánto tiempo ha estado sucediendo esto? | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Recientes, accidentes, lesiones o cirugías? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | En caso afirmativo, explíquelo porfavor: | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido otras pruebas de la misma área? | | | | | Xray  US  MRI  CT | | | | | | | | | |
| Other: | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Donde/cuando? | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma o tutor del paciente ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| MDI Entrevistador Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

03.06.18