

**CUESTIONARIO MRI**

Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero Medio

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in. Médico de referencia \_\_\_\_\_

¿Estabas herido? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se relaciona este trabajo lesión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, la fecha y cómo? \_\_\_\_\_

Describe los síntomas relacionados con el examen DE HOY (dolor, ardor, pines, y agujas, irradiando, apuñalar, debilidad, etc)

¿Ha tenido alguno de los siguientes (en relación con este problema)? (por favor marque todas las que apliquen)

Cirugía \_\_\_\_\_ CT Scans \_\_\_\_\_ radiografías \_\_\_\_\_ MRIs \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuándo y dónde, y los resultados? \_\_\_\_\_

Utilice de nuevo a añadir información adicional

Un análisis de sangre de creatinina se hará sobre todos los pacientes con las siguientes condiciones para evaluar la función renal antes la inyección de contraste. Por favor responda por completo. ¿Tiene alguno de los siguientes?

Diabetes & Meds \_\_\_\_\_ Hipertensión y Meds \_\_\_\_\_ Enfermedad Del Riñón \_\_\_\_\_ Tratamiento del Cáncer \_\_\_\_\_

Por favor enumere todos los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Es usted alguno de los siguientes? (por favor círculo)

- Sí No Cirugía del corazón / Corazón Válvula / Marcapasos / Defibrilator \_\_\_\_\_
- Sí No Cirugía cerebral / Aneurysm del cerebro Clips En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- Sí No Lesión en el ojo que involucra virutas de metal o de metal \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Has hecho alguna soldadura? \_\_\_\_\_
- Sí No Neuroestimulador / bioestimuladores \_\_\_\_\_
- Sí No pene Prótesis \_\_\_\_\_
- Sí No Historia del tumor \_\_\_\_\_
- Sí No La cirugía de la columna vertebral (cuello o la espalda) \_\_\_\_\_
- Sí No Audición Cirugía Sida / Oído / Implantes Cocleares \_\_\_\_\_
- Sí No Cualquier tipo de Electrical / Implantes magnéticos o mecánicos sobre o en su cuerpo \_\_\_\_\_
- Sí No Implantado Drogas Pump Bombas de Infusión / Insulina \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Está embarazada o amamantando? Última menstruación? \_\_\_\_\_
- Sí No Heridas de bala / Shrapnel / BB \_\_\_\_\_
- Sí No Historia de cualquier implante (s) metálico, que no sea un trabajo dental, no se menciona/en la lista anterior? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Va a ver un cirujano o especialista? \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo, ¿cuándo es la próxima cita con su médico o especialista? \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Time In \_\_\_\_\_ Time Out \_\_\_\_\_ Stat Yes No  
Exam Ordered: \_\_\_\_\_  
Diagnosis \_\_\_\_\_  
Referring Physician \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_  
Contrast injected: \_\_\_\_\_ Lot# \_\_\_\_\_ Exp Date: \_\_\_\_\_  
Volume: \_\_\_\_\_ ml Time: \_\_\_\_\_ Injection site: \_\_\_\_\_  
Comme \_\_\_\_\_  
NDC # \_\_\_\_\_ Tech's Initials \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL EXAMEN DE HOY:**

**TORÁCICA / LUMBAR**

Sí No ¿Tiene dolor de espalda?  
 Sí No ¿Tiene irradiar el dolor en las piernas?  
 En caso afirmativo, qué pierna?  
 Derecho Izquierda Ambos  
 ¿Hasta qué irradian el dolor? \_\_\_\_\_  
 Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

**CERVICAL**

Sí No ¿Tiene dolor en el cuello?  
 Sí No ¿Tiene irradiar el dolor en tus brazos?  
 Si es así, que el brazo?  
 Derecho Izquierda Ambos  
 ¿Hasta qué irradian el dolor? \_\_\_\_\_  
 Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

**BRAIN**

Sí No Convulsiones?  
 Sí No Mareos?  
 Sí No Visión borrosa?  
 Sí No Fuertes dolores de cabeza?  
 Sí No Audiencia de dificultad?  
 Sí No Pérdida De La Audición?  
 Sí No La prolactina elevada Nivel?  
 (prolactina es la hormona secretada por la glándula pituitaria)

Por favor describa cualquier otro problema:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

**MUSCULOESQUELÉTICO**

Área a digitalizar: \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier síntoma que pueda tener:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

Sí No ¿Es esto una lesión deportiva o trabajos relacionados?

If Yes, details:

\_\_\_\_\_

**PECHO**

Sí No Implantes?  
 Si es así, por favor marque uno: Salina Silicona

Fecha de la última mamografía y dónde?:

\_\_\_\_\_

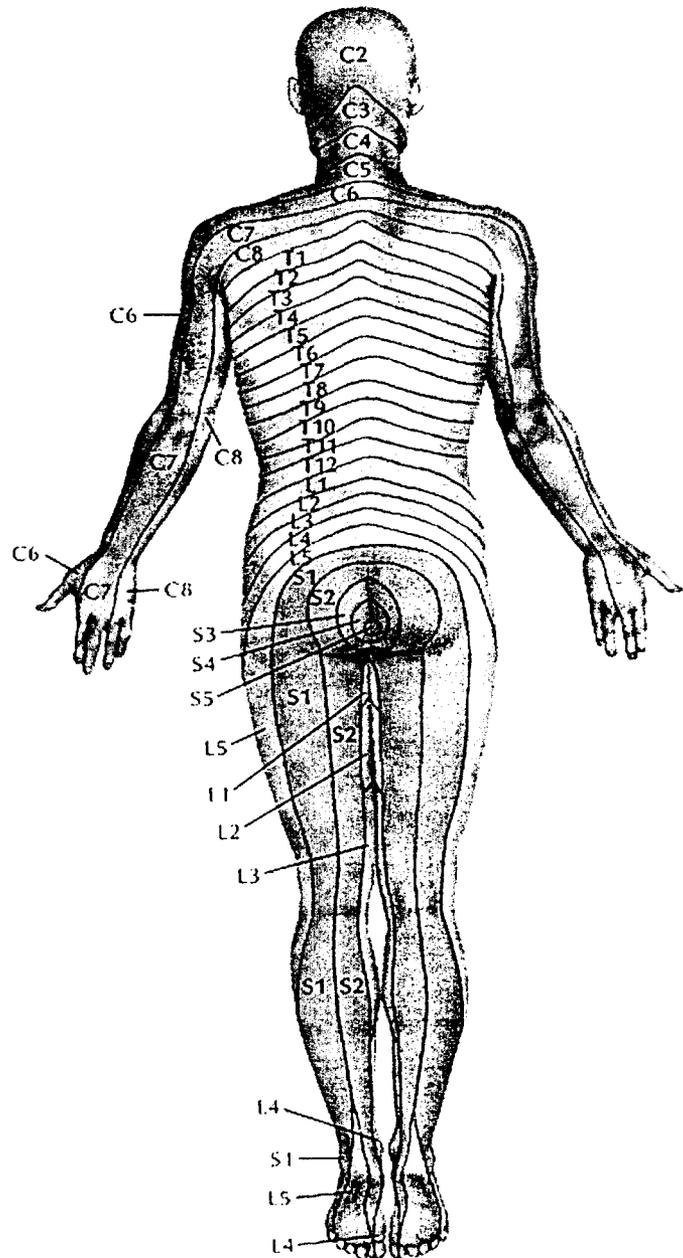
\_\_\_\_\_

Si tiene cualquier problema, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor sombra las zonas en las que está experimentando dolor, entumecimiento, etc.



Imaging Center  
16750 Red Oak Drive  
Houston, TX 77090

Patient Sticker

### Formulario de Autorización de embarazo

Se reconoce que la radiación ionizante puede ser perjudicial para un feto o que los efectos de un campo magnético se ha indeterminado hasta el momento. Es la política de Imaging Center que las mujeres que están embarazadas o sospechen que están embarazadas no deben someterse a un examen que utiliza radiación ionizante o campos magnéticos a menos que sea médicamente necesario el médico de referencia y / o radiólogo determinar el examen. De Imaging Center requiere la confirmación del embarazo / no embarazo para las mujeres en edad fértil antes de realizar cualquier procedimiento radiográfico que implican radiaciones ionizantes o campo magnético. edad de tener hijos se considera que es entre 10-60 años de edad.

### **PACIENTE: Por favor, compruebe y sus iniciales en su estado de embarazo:**

- \_\_\_\_\_ No estoy embarazada \_\_\_\_\_ ( Iniciales del paciente)
- \_\_\_\_\_ Soy \_\_\_\_\_ semanas de embarazo \_\_\_\_\_ ( Iniciales del paciente)
- \_\_\_\_\_ Estoy seguro de que mi estado de embarazo \_\_\_\_\_ ( Iniciales del paciente)

El embarazo puede ser confirmado con análisis de sangre / orina a expensas de los pacientes. Yo entiendo que la prueba de embarazo en orina que Imaging Center utiliza no es fiable al 100%, y si el ensayo se realiza dentro de los 21 días de la concepción que los resultados pueden no ser exactos. **Si está embarazada o sospecha que puede estar embarazada, sus opciones son las siguientes:**

### **INCIERTO ESTADO DE EMBARAZO:**

\_\_\_\_\_ He decidido volver a programar el examen / procedimiento hasta que se confirma mi estado de embarazo Imaging Center del personal notificará a mi médico de la demora de mi examen.

\_\_\_\_\_ Estoy seguro de que mi estado de embarazo y han decidido rechazar una prueba de embarazo. He decidido realizar el examen con radiación ionizante y han optado por ser blindado. Yo entiendo que el escudo no es 100% de protección contra la radiación ionizante y para algunos procedimientos que requieren imágenes de la pelvis, el blindaje no es posible.

\_\_\_\_\_ He tenido una prueba de embarazo y los resultados indican  
\_\_\_\_\_ No estoy embarazada \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)  
\_\_\_\_\_ estoy embarazada \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

### **POSITIVO ESTADO DE EMBARAZO:**

En este momento **estoy embarazada** y yo (tener):

\_\_\_\_\_ Dado su consentimiento para someterse al examen / procedimiento \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)  
\_\_\_\_\_ Rechazar el examen / procedimiento \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

**Al firmar a continuación, acepto que las declaraciones anteriores son verdaderas y por la presente liberan Imaging Center de las complicaciones que puedan surgir de la exposición a la radiación o un campo magnético y asumir la responsabilidad de mi decisión de someterse al procedimiento / examen.**

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Imaging Center Staff

\_\_\_\_\_  
Date/Time

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MRI

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ PACIENTE#: \_\_\_\_\_

USTED TIENE DERECHO A SER INFORMADO SOBRE SU ESTADO Y EL PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO RECOMENDADO PARA SER UTILIZADO, PARA QUE USTED PUEDE HACER LA DECISION YA SEA O NO SOMETERSE A ESTE PROCEDIMIENTO DESPUES DE CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS INVOLUCRADOS. ESTA REVELACION NO PRETENDE ASUSTE O ALARMA USTED. ES PARA QUE ~~USTED ELIGE~~ PARA DAR O RETENER SU CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO.

SI USTED ESTA EMBARAZADA O CREE QUE PODRIA ESTAR EMBARAZADA, POR FAVOR INFORME AL PERSONAL DE LOS CENTROS A LA VEZ. ES MUY IMPORTANTE QUE INFORMAR A LA TECNOLOGO SI TIENE VALVULAS DEL CORAZON, UN MARCAPASOS, CLIPS DE ANEURISMA, U OTRA IMPLANTADO METAL ELÉCTRICOS DISPOSITIVOS.

SU MEDICO HA SOLICITADO UNA RESONANCIA MAGNETICA (MRI) EXAMEN PARA OBTENER INFORMACION ADICIONAL. MRI UTILIZA UN CAMPO MAGNETICO Y ONDAS DE RADIO PARA OBTENER IMAGENES DE LA PARTE DEL CUERPO QUE SE EXAMINA. MRI NO USAR RAYOS X O RADIACION Y ES INDOLORO. ALGUNOS ESCANERES PUEDEN PRODUCIR RUIDOS FUERTES REPETITIVOS TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO. AURICULARES SE OFRECEN SEGÚN SEA NECESARIO.

UN AGENTE DE CONTRASTE (LIQUIDO) SE PUEDE INYECTAR EN LA VENA, COMO PARTE DE SU RESONANCIA MAGNETICA, PARA PROPORCIONAR IMAGENES MEJORES DE LA PARTE DE CUERPO A EXAMINAR.

RIESGOS POTENCIALES: LAS COMPLICACIONES SIGUIENTES SON POSIBLES EN CUALQUIER MOMENTO UNA INYECCIÓN SE DA: POTENCIAL PARA DOLOR, SANGRADO, HEMATOMAS O HINCHAZON EN EL SITIO DE INYECCION. EXÁMENES MRI QUE REQUIEREN CONTRASTE PUEDEN RESULTAR EN LEVE DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, PICAZON, U OTROS SINTOMAS VAGOS POCO TIEMPO DESPUES DE LA INYECCION. REACCIONES ALERGICAS ADICIONALES EN RESPUESTA AL AGENTE DE CONTRASTE PUEDE INCLUIR: URTICARIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, O TRAGAR DIFICULTAD. HA HABIDO CASOS AISLADOS DE MUERTE DESPUES DE LA ADMINISTRACION DEL AGENTE DE CONTRASTE. ES MUY IMPORTANTE QUE INFORME AL TECNICO SI USTED EXPERIMENTA CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES MENCIONADAS EN ESTE FORMULARIO.

SI USTED HA TENIDO UNA REACCION PREVIAMENTE A UN INYECCION DE CONTRASTE, COMO URTICARIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CUALQUIER SIGNIFICATIVO REACCIÓN HOSPITALIZATION REQUIEREN, ANTECEDENTES DE ASMA U OTROS AFECCIONES ALERGICAS, CUALQUIER ANTECEDENTE DE ANEMIA, LA ANEMIA, FALCIFORME, O TRASTORNO RENAL O SI ESTA DANDO EL PECHO DEBE INFORMAR A LA TECNÓLOGO. LA SEGURIDAD DE CONTRASTE EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD NO HA ESTABLECIDO.

EXISTEN MUCHAS OTRAS ALTERNATIVAS DE IMAGEN; SIN EMBARGO, SU MEDICO CREE ESTA ES LA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO MEJOR PARA TI, CONSIDERANDO SUS SÍNTOMAS Y CONDICIONES. LA VENTAJA DE ESTE EXAMEN ES AYUDAR A SU MEDICO CON UN DIAGNOSTICO.

**CERTIFICO ESTE FORMULARIO HA SIDO COMPLETAMENTE ME EXPLICO QUE LO HE LEIDO, O LA HA TENIDO READTO MÍ, QUE LOS ESPACIOS EN BLANCO SE HAN LLENO DE, Y QUE ENTIENDO SU CONTENIDO.**

**SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE MI CONDICION, FORMAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO / DIAGNOSTICO, LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE UTILIZARAN, Y LOS RIESGOS Y PELIGROS INVOLUCRADOS, Y TENGO LA INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA DAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

\_\_\_\_\_  
PACIENTE / PADRE / TUTOR LEGAL FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TIEMPO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TIEMPO

## PERFIL DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

correo electrónico: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

Patient ID#: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] M [ ] F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Estado Civil: [ ] Casado [ ] Soltero

Medico de referencia: \_\_\_\_\_

Medico de atención primaria: \_\_\_\_\_

### EMPLEO DEL PACIENTE

### CONTACTO DE EMERGENCIA (Nombre Y Teléfono)

[ ] Empleados [ ] Retirado [ ] Sin empleo

(1) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

### PARTE RESPONSIBLE (Deben completar si es parte responsable que no sea asegurado o del paciente.)

[ ] Igual que el paciente [ ] Igual que el Asegurado

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Licencia De Conducir# \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE PRIMARIA (debe completar en su totalidad para que podamos presentar ante su seguro.)

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Asegurado SS#: \_\_\_\_\_

Seguro del teléfono#: \_\_\_\_\_

grupo de políticas #: \_\_\_\_\_

Seguros ID #: \_\_\_\_\_

Asegurado Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

ES EL PACIENTE CUBIERTOS POR CUALQUIER OTRO SEGURO? SI / NO (EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE A CONTINUACIÓN.)

### SEGURO DE SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Asegurado SS#: \_\_\_\_\_

Seguro del teléfono#: \_\_\_\_\_

grupo de políticas #: \_\_\_\_\_

Seguros ID #: \_\_\_\_\_

Asegurado Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Entiendo que este formulario debe ser completado en su totalidad. Entiendo que si la totalidad de la información anterior no se complete, una demanda no puede ser capaz de ser presentado a mi compañía de seguros; por lo tanto, me hace plenamente responsable de los gastos incurridos.**

Por favor, díganos cómo se refirieron a nuestra oficina: \_\_\_ amigo \_\_\_ doctor \_\_\_ ubicación \_\_\_ internet \_\_\_ seguro \_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o del partido Responsable: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_