

MRI Cuestionario del Historial del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Numero de Cuenta: _____

Motivo para el Examen: _____

Fecha: _____

¿Está experimentando alguno de los siguientes síntomas? (Por favor, marque todas las que apliquen)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Pérdida del Conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolor Pélvico | <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Inesperada | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Visión Borrosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pierna <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Brazo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Lado Derecho <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos |
| <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Lado Derecho <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo | <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |



¿Cómo y cuándo se producen estos síntomas? _____

Historial Médico:

¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma, Bronquitis o Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Tendencia a Sangrar | <input type="checkbox"/> Anemia de Célula de Hoz |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Riñón/Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiple | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Arritmia de Corazón | <input type="checkbox"/> Defecto Congénito del Corazón | |

¿Ha tenido usted cualquier examen (MRI, CT, radiografía etc.) realizado para los síntomas que usted está experimentando actualmente?

- No
- Si Si la respuesta es Sí, por favor escriba la fecha, el tipo de examen y la facilidad donde la prueba fue realizada. _____

¿Ha tenido algún tipo de terapias (radioterapia, quimioterapia, etc)?

- No
- Si Si la respuesta es Sí, Por favor escriba la fecha de la terapia. _____

¿Tiene usted alergias (Medicamentos, Alimentos, Látex etc)?

- No
- Si Si la respuesta es Sí, por favor liste todas las alergias. _____

¿Alguna vez ha tenido enfermedad renal / trasplante renal / en espera de trasplante renal?

- No
- Si Si la respuesta es Sí, por favor liste la historia. _____

¿Alguna vez ha tenido enfermedad del hígado / trasplante hepático / en espera de trasplante de hígado?

- No
- Si Si la respuesta es Sí, por favor liste la historia. _____

Notas del Tecnólogo: _____

MRI Cuestionario del Historial del Paciente

Sexo: Masculino / Femenino (Haga un Circulo)

Edad: _____

Peso: _____

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a determinar si es seguro para usted a someterse a un procedimiento de imágenes por resonancia magnética (MRI). Es importante que usted responda todas las siguientes preguntas. Si usted no entiende una pregunta, por favor, pídale a un miembro del personal asistencia.

- | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| 1 ¿Tiene usted un marcapasos, un desfibrilador, o válvulas o alambres implantados en el corazón? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 2 ¿Alguna vez ha tenido cualquier tipo de cirugía? Por favor liste todas las cirugías | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| <hr/> | | | | | | |
| 3 ¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía de la cabeza que requirio clips de aneurisma? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 4 ¿Tiene usted algún tipo de dispositivo electrónico (estimulador o bomba) implantado en el cuerpo? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 5 ¿Usa usted una prótesis de oído o dentaduras? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 6 ¿Tiene usted algun tipo de metal como prótesis de coyuntura o patillas de metal quirúrgicamente implantado en su cuerpo? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 7 ¿Alguna vez ha sido expuesto a fragmentos metálicos que podrían estar alojados en sus ojos o en su cuerpo ? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 8 ¿Tiene usted tatuajes, maquillaje tatuado, o perforaciones corporales? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 9 ¿Usa usted un parche transdérmico (nitroglicerina o nicotina)? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 10 ¿Tiene usted un historial de ataques de pánico o miedo de lugares cerrados o estrechos? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 11 ¿Alguna vez ha tenido una reacción a un agente del contraste usado para MRI, CT o contraste de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 12 ¿Tiene cualquier otro artículo o dispositivo del que debemos saber antes de realizar el examen? Haga una lista de todos los dispositivos.. | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |

MUJERES SOLAMENTE:

- | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| 13 ¿Está usted embarazada o hay alguna posibilidad de que usted puede estar? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |
| 14 ¿Está amamantando? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No Sé |

Certifico que he leído y entiendo las preguntas hechas en este cuestionario y que las respuestas antedichas están correctas al mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a San Gabriel Valley Diagnostic Center de cualquier fragmento de metal o dispositivo metálico que pueda tener en el cuerpo y que el no hacerlo podría causar graves lesiones corporales o puede ser mortal. Acepto que en caso que tenga metal en el cuerpo y yo elija continuar con el examen de MRI, en absolver a San Gabriel Valley Diagnostic Center de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño causado.

Firma del Paciente o Representante Legal

Escriba Su Nombre

Fecha

Firma del Testigo o Intérprete

Escriba Su Nombre

Fecha

Firma del Médico o Tecnólogo

Escriba Su Nombre

Fecha