

## QUESTIONARIO PARA MRI

*Por favor rellene el siguiente formulario y traer a su visita*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Nombre de tu doctor: \_\_\_\_\_

**Si usted no comprende alguna pregunta, por favor hable con el doctor o la tecnologa para completar el cuestionario.**

A. Que sintomas tiene usted que hace que su doctor Recomiende el MRI?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. A usted tenido alguna radiografia o otro procedimiento de la parte de su cuerpo que va a ser examinado hoy? Si \_\_\_ No \_\_\_ *En caso afirmativo , indique :* \_\_\_\_\_

C. A usted tenido aglun tipo de operacion? Si es asi, por favor nombre que clase, donde y quando? Si \_\_\_ No \_\_\_ *En caso afirmativo , indique :* \_\_\_\_\_

D. Tiene usted alergias? Si \_\_\_ No \_\_\_ *En caso afirmativo , indique* \_\_\_\_\_

E. Tiene usted anemia o anormalidades de las celulas rojas de la sangre? (Anemia faliciforme, anemia hereditaria, etc)? Si \_\_\_ No \_\_\_ *En caso afirmativo , indique:* \_\_\_\_\_

**Es importante para nosotros saber si alguno de los siguientes materiales puede estar presente adentro de su cuerpo antes de entrar en la sala del MRI. Porfavor responde las siguientes preguntas:**

**TIENE USTED UNA HISTORIAL DE LO SIGUIENTE:**

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
1. Tiene usted un marcapaso?*	_____	_____
* (Aparato electrico que sirve para estimular el ritmo cardiaco)		
Tiene que informar el personal.		
2. Tiene usted una infermedad de los riñones	_____	_____
3. Tiene usted una valvula postiza en el corazon?	_____	_____
4. A usted tenido alguna operacion del corazon?	_____	_____
5. Tiene usted estimuladores nerviosos implantados?	_____	_____
6. Alguna operacion de la vista aparte de cataratas removidas?	_____	_____
7. Implantes? Tiene usted una tarjeta de implantes?	_____	_____
8. A usted tenido alguna operacion al cerebro?	_____	_____
9. Tiene usted grampas debido a alguna aneurismo en el cerebro?	_____	_____
10. A usted tenido algun daño de metralla?	_____	_____
11. Alguna experiencia trabajando con metales?	_____	_____
12. A usted tenido algun reemplazo articular?	_____	_____
13. Algun metal en su cuerpo aparte de cavidades en los dientes?	_____	_____
14. Algun tatuaje cosmetico en los ojos?	_____	_____
15. <b>Para las pacientes mujeres:</b>		
Esta embarazada?	_____	_____
Esta usted dando pecho?	_____	_____

Como sabe usted del MRI en Rye Radiology? Doctor \_\_\_ Amigo \_\_\_ Familia \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_