

PARK WEST RADIOLOGY

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____
Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

¿Es su primera Resonancia Magnética? Sí No ¿Cuánto Pesa?
¿Fecha de su previa Resonancia Magnética?: / /

Usted tiene o ha tenido algunos de los siguientes:

¿Marcapaso? Sí No ¿Grapas/Precillas para Aneurisma? Sí No
¿Desfibrilador Cardíaco Implantado? Sí No ¿Tachuelas/Precillas de las Retinas? Sí No
¿Implantes Cóclicar? Sí No
¿Implantes de cualquier tipo? Sí No

Si tiene alguno, explique:

¿Posibilidad de estar embarazada? Sí No Fecha de su última menstruación/periodo/regla: / /

Si su respuesta es positiva a algunas de estas preguntas, llame a Park West Radiology(212-874-6362) antes de su cita.

¿Ha sido usted operador de máquinas industriales o ha trabajado en fábricas de metal? Sí No

¿Ha sido usted golpeado en los ojos con partículas de metal? Sí No

Si su respuesta es sí, explique:

¿Objetos extraños (balas, metralla, perforación del cuerpo)? Sí No

Si su respuesta es sí, explique:

Alguna vez ha tenido:

¿Cirugía craneal? (derivación) Sí No Si sí, explique:

¿Cirugía en los ojos? Sí No Si sí, explique:

¿Cirugía del cuello? (férula/sonda) Sí No Si sí, explique:

¿Cirugía del pecho? (férula cardíaca) Sí No Si sí, explique:

¿Cirugía por Artroscopia? Sí No Si sí, explique:

¿Cualquier otra cirugía? Sí No Explique:

¿Tiene Audífonos? (aparatos para la sordera) Sí No ¿Aparato Intrauterino/Pesario? Sí No

¿Dentadura postiza o dientes parciales? (incluyendo magnético) Sí No

¿Tatuajes o tatuaje dibujado en la orilla del ojo? Sí No

¿Tiene alergias? Sí No Si sí, explique:

¿Un antepasado de cáncer o tumores? Sí No Si sí, explique:

¿Terapia de Radiación? Sí No Si sí, explique:

¿Quimioterapia? Sí No Si sí, explique:

SCREENED BY:

SCREENED WITH:

Technologist comments:

Technologist initials:

Additional Notes:

MRI Scanner:

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente:

Fecha: / /