

Open MRI Cuestionario para el Paciente

Por favor describa sus síntomas detalladamente o la razón para hacerse el MRI _____

¿Hace cuánto ha tenido los síntomas en el área del que estamos haciendo la imagen (**Por favor provea una fecha de la lesión o cuando comenzaron los síntomas más recientes**)? _____

Por favor haga una lista de todas las cirugías que ha tenido _____

Por favor haga una lista de todas las medicinas que ha tomado hoy _____

¿El médico está pidiendo que el paciente tenga Gadolinium (contraste, pre & pos?) _____

¿Tiene el paciente alguno de éstos?

¿El paciente ha tenido alguna vez una reacción a Gadolinium ? Sí No

Marcapasos Sí No

Clips de aneurisma Sí No

Stents, válvula cardíaca artificial Sí No

¿Trabaja usted con metal o le ha sido removido metal de los ojos? Sí No

¿Algún implante médico o algún mecanismo (de metal u otro material)? Sí No

¿Algún tipo de parche adhesivo transdérmico (nitro/nicotine, etc.)? Sí No

¿Ha tenido heridas de bala alguna vez? Sí No

Si tuvo, ¿le fue removida la bala? Sí No

Alguna historia personal de lo siguiente:

Problemas de riñones Sí No

Asma Sí No

Presión sanguínea alta Sí No

Anemia falciforme Sí No

¿Historia personal de cáncer? Sí No

Si tuvo, ¿qué tipo de cáncer fue? _____

¿Están sus síntomas relacionados con una lesión? Sí No

Si lo están, ¿cómo ocurrió la lesión? _____

¿Sufrió las lesiones en un accidente automovilístico? Sí No

Si así fue, por favor escriba la fecha _____

¿Se lesionó en el trabajo? Sí No

Si así fue, ¿en qué fecha fue? _____

¿Está usted embarazada o está amamantando/lactando? Sí No

En el pasado ¿ha tenido MRIs, CTs, Rayos X en el área del examen? Sí No

Si así fue, ¿qué examen fue y dónde se lo hicieron? _____

Escriba su nombre _____ Edad _____ Peso _____

Firma _____ Fecha _____

Este cuestionario fue revisado por
FRONT DESK