LENOX HILL RADIOLOGY & MEDICAL IMAGING ASSOCIATES P.C.

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 Cóclear?	☐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 Lenox Hill Radiology(212-772-3111) 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 Artroscopía?	☐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: / /