

# MRI Screening Form - Spanish

Patient Name: -  
 MRN: -  
 Study Name: -

Examination Date: -  
 Appointment ID: -



## MRI Patient Screening Form

FÓRMA PARA EL PACIENTE DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Tiene usted (o ha tenido) un marcapaso cardiaco?

Ha tenido cirugía en su cerebro?  Si contesto si, de que tipo?

Tiene usted pinzas en las arterias/venas cerebrales como resultado de una cirugía?

Tiene implante de valvulas en el corazon?  Pinzas en la aorta?  Stent?

Usa usted aparatos en el oido o dentaduras postizas removibles?

Tiene algun metal en el cuerpo? (trabajo dental esta bien)  De que tipo?

Ha tenido usted algun tipo de cancer?  De que tipo?

Tiene usted claustrofobia (le molesta estar en espacios cerrado)?

Esta usted USANDO AHORA algun parche con medicamento sobre su piel?

(MUJERES) Hay alguna posibilidad de que este embarazada?

(MUJERES) Tiene delineador permanente o tatuaje en sus parpados?

Esta usted usando ahora algun tipo de implante, parche, unidad TENS o algun aparato para controlar el dolor?

Esta usted usando ahora una bomba de insulina?

Ha tenido alguna vez cirugía en el area que vamos a examinar ahora?  Cuando?

Ha tenido usted un estudio previo en la parte de el cuerpo que vamos a examinar hoy?

Si contesto si, por favor circule donde corresponda.

- |   |        |                      |          |                      |
|---|--------|----------------------|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> MRI - Resonancia Magnetica | Lugar? | <input type="text"/> | Cuadndo? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CT - Tomografia            | Lugar? | <input type="text"/> | Cuadndo? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> X-RAY - Radiografia        | Lugar? | <input type="text"/> | Cuadndo? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Bone Scan - Densitometria  | Lugar? | <input type="text"/> | Cuadndo? | <input type="text"/> |