

Nombre el Paciente: _____
MR#: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas dando vueltas No o Si

(* Si la respuesta es Si, por favor indique el año y el tipo de implante)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. Clips de aneurisma, bobinas de aneurismas o shunt cerebral implantado en el cerebro: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 2. De metal trabajado (astillas/virutas en los ojos) or tatuaje/delineador permanente: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 3. Cirugías para los ojos en los que se colocan de metal, muelles, o alambres: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 4. Aparatos para los oídos (debe quitar antes del examen) o implantes cocleares del oído: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 5. Trabajo dentales (dentadura, parciales, implantes dentales, aparatos ortopédicos, retención, etc.): | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 6. Marcapasos, desfibrilador, o el monito (paquete interno o externo de la batería): | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 7. La cirugía de revascularización coronaria, reemplazo de válvula cardiaca, o catéter cardiaco: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 8. Central-line o porta-a-cath para el acceso vascular: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 9. Los stents, bobinas, filtros, paraguas, o injertos implantados: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 10. Bomba de insulina o la infusión de la bomba: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 11. Neuroestimuladores, hueso o estimulador de la medula (dispositivo de la batería interna) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 12. Cables implantado electrodo(s), incluyendo los cables de marcapasos, desfibriladores cardiacos alambres, huesos/alambres estimuladores de la medula: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 13. Bone/tonillos conjuntos, chapas, barras, alambres o pasadores: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 14. Reemplazos de articulaciones (hombros, caderas o rodillas): | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 15. Shrapnel/balas: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 16. Implante de pene, pesario o dispositivo anticonceptivo (DIU) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| 17. Parche de Medicamentos: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | _____ |

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Revisor: _____

Quando un paciente es menor de edad o incapaz de dar su consentimiento, firma de la persona autorizada para el consentimiento para el paciente: _____

Relación con el Paciente: _____