LOMPOC VALLEY MEDICAL CENTER
Lompoc Healthcare District

Pt. Name:

DOB:

CUESTIONARIO PARA EL EXAMEN DE MRI o Resonancia Magnética

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

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

Clips de aneurisma, bobinas de aneurismas o derivacion cerebral implantado en el cerebro:	☐No	☐Si	_____
De metal trabajado (astillas/virutas en los ojos) o tatuaje/delineador permanente:	☐No	☐Si	_____
irugías para los ojos en los que se colocan implantes de metal, muelles, o alambres:	☐No	☐Si	_____
Aparatos para los oídos (debe quitar antes del examen) o implantes cocleares del oído:	☐No	☐Si	_____
Trabajo dental (dentadura, parciales, implantes dentales, aparatos ortopédicos, retención, etc.):	☐No	☐Si	_____
Marcapasos, desfibrilador, o monitor, cardiaco, watchman, (paquete interno o externo de la batería):	☐No	☐Si	_____
La cirugía de revascularización coronaria, reemplazo de válvula cardiaca, o catéter cardiaco:	☐No	☐Si	_____
Linea-central o porta-a-cath para el acceso vascular:	☐No	☐Si	_____
Endoprótesis vascular (stent), bobinas, filtros, paraguas, o injertos implantados:	☐No	☐Si	_____
Bomba de insulina o bomba de infusión:	☐No	☐Si	_____

LOMPOC VALLEY MEDICAL CENTER
Lompoc Healthcare District

Bomba de insulina o bomba de infusión:	☐No	☐Si	_____
Neurostimuladores, hueso o estimulador de la medula (dispositivo de la batería interna) o de hueso:	☐No	☐Si	_____
Cables implantados electrodo(s), incluyendo los cables de marcapasos, desfibriladores cardiacos alambres, alambres estimuladores de la medula o huesos:	☐No	☐Si	_____
Tornillos conjuntos, chapas, barras, alambres o pasadores en los huesos o articulaciones:	☐No	☐Si	_____
Reemplazos de articulaciones (hombros, caderas o rodillas):	☐No	☐Si	_____
Metrallas/balas:	☐No	☐Si	_____
Implante de pene, pesario o dispositivo anticonceptivo (DIU):	☐No	☐Si	_____
Parche de Medicamentos:	☐No	☐Si	_____

Firma del paciente:_____ Fecha:_____
Firma del Revisor:_____

Cuando 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:_____