

Nombre del paciente: _____

Hombre

Mujer

Fecha de Nacimiento: _____

Peso: _____

Altura: _____

Consentimiento Declaración:

Su médico o proveedor ha indicado la necesidad de una prueba de diagnóstico de resonancia magnética

Al firmar a continuación, usted acepta que el procedimiento..

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento antes de examen se lleva a cabo o durante el examen.

Firma del paciente

Fecha

--	--

La firma de del Paciente

Relación

--	--

Detección de MRI

Por favor marque Sí o No para cada pregunta.

¿ Tiene alguno de los siguientes?

Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	derivaciones implantado o puertos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca artificial o válvulas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerebro la cirugía?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	clips de aneurisma cerebral?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	implantes en el oído interno?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	implante de pene?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ojo artificial?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantado bomba de insulina?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neuroestimulador implantado (decenas)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bomba de medicación para el dolor Implantado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estimulador de la vejiga implantado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ en la actualidad tiene un marcapasos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ se le ha quitado un marcapasos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desfibrilador implantado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene alguna stents cardíacos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene alguna stents no en el corazón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ ha tenido cirugía de la columna anterior?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ ha tenido cirugía de bypass del corazón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ ha tenido cirugía de vesícula biliar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Ofrecen tatuado delineador de ojos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene un medicamento transdérmico o parches de nicotina?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene una venda quirúrgica que contiene plata?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Ha tenido un reemplazo de la articulación?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Se le ha implantado ningún hardware ortopédica?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene algún piercing?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene dentadura postiza?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Ofrecen audífonos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene alergias al látex?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Está embarazada o tratando de quedar embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Está amamantando?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Ha tenido clips de reparación? retina?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene alguna metralla en su cuerpo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ usted ha hecho de metal pulido y sin protección para los ojos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ ha soldar sin protección para los ojos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ alguna vez ha conseguido el metal en los ojos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en caso afirmativo, se retiró el metal?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene la enfermedad renal o solo riñón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ se encuentra actualmente en diálisis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ tiene el mieloma múltiple?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Es diabético?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ estás claustrofóbico?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>tecnólogo Firma</i>		<i>Fecha</i>