



# Austin Radiological Association / Asociación Radiológica de Austin

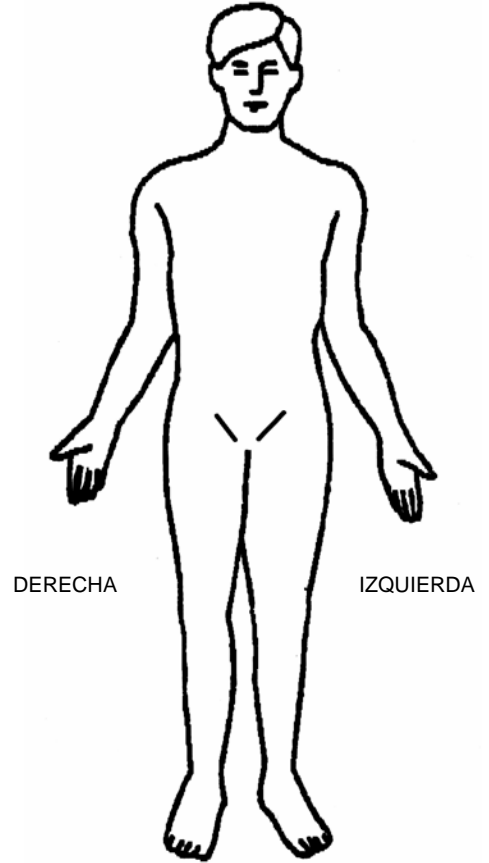
LOS SIGUIENTES ELEMENTOS PUEDEN SER PELIGROSOS O PUEDEN INTERFERIR CON EL EXAMEN DE IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y PRODUCIR UN OBJETO ARTIFICIAL.

POR FAVOR INDIQUE SI ALGO DE LO SIGUIENTE SE APLICA EN SU CASO

SÍ NO

- Está embarazada
- Alguna vez le ha sido retirado metal de los ojos
- Trabajó con fragmentos metálicos, p. ej., soldando, triturando, etc.
- Marcapasos cardiaco
- Grapa(s) para aneurisma
- Desfibrilador cardiaco implantado
- Neuroestimulador
- Cualquier tipo de bioestimulador Tipo: \_\_\_\_\_
- Electrodo(s) interno(s) de cualquier tipo, incluso
  - Cables de marcapasos
  - Implante coclear
- Otro: \_\_\_\_\_
- Bomba de insulina implantada
- Catéter de SwanGanz
- chaleco "Halo Vest" o sistema de fijación cervical
- Cualquier tipo de implante electrónico, mecánico o magnético
  - Tipo: \_\_\_\_\_
- Auxiliar auditivo
- Cualquier tipo de espiral, filtro o stent intravascular, incluso de tipo cardiaco
  - (por ejemplo, espiral de Gianturco, filtro de vena cava inferior Gunther, stent Palmaz, etc.)
- Dispositivo de infusión de medicamentos implantado
- Cualquier tipo de objeto extraño, metralla o bala
- Prótesis de válvula cardiaca
- Cualquier tipo de implante en el oído
- Prótesis fálica
- Cualquier tipo de implante sujetado en su sitio por un imán
- Cualquier tipo de pinza o grapa quirúrgica
- Miembro o articulación artificial
- Dentadura
- Diafragma
- DIU
- Pesario
- Malla metálica quirúrgica
- Artículos ortopédicos implantados de cualquier tipo
  - (por ejemplo, alfileres, barras, tornillos, clavos, grapas, placas, alambres, etc.)
  - Tipo: \_\_\_\_\_
- Cualquier tipo de artículo implantado Tipo: \_\_\_\_\_
- Pesas de cualquier tipo sujetas al cuerpo, tobillos o muñecas
- Objetos sujetos mediante perforaciones del cuerpo
- Tatuajes de cualquier tipo\*

Marque en este dibujo la ubicación de cualquier objeto metálico en el interior de su cuerpo.



Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. He leído y comprendido el contenido de este formulario en su totalidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información incluida en el mismo.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de recepción \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Un pequeño porcentaje de pacientes con tatuaje de delineado de ojos ha presentado irritación temporal en la piel asociada al IRM. Por lo tanto, usted debe decidir si este pequeño riesgo justifica la continuación del estudio. Sí lo desea puede consultar este asunto con el médico que le refirió al estudio.

**ARA HISTORIAL DEL PACIENTE / FORMULARIO PARA LA INYECCIÓN DE UN MEDIO DE CONTRASTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ ¿Cuándo visitará a su médico nuevamente? \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA.**  
**Indique los problemas o síntomas que le hicieron consultar a su médico y lo llevaron a someterse al presente estudio. Si se trata de un procedimiento rutinario de seguimiento a un estudio previo, explique a qué tratamiento ha sido sometido, así como los cambios en su condición desde el estudio anterior.**

Tipo y fecha de la lesión (sí es el caso): \_\_\_\_\_

Los síntomas son peores a la (marque una opción con un círculo) DERECHA IGUAL IZQUIERDA

**¿Se le han practicado anteriormente estudios de imágenes en la porción del cuerpo que está siendo examinada hoy?:**

¿Exploración de IRM?	(Realizada en _____)	Sí	No
¿Exploración de TC?	(Realizada en _____)	Sí	No
¿Exploración de hueso?	(Realizada en _____)	Sí	No
¿Ultrasonido?	(Realizada en _____)	Sí	No
¿Angiograma?	(Realizada en _____)	Sí	No
¿Rayos X convencionales?	(Realizada en _____)	Sí	No

Alguna vez ha tenido:

¿Una reacción a cualquier inyección de colorante o contraste para imágenes?	_____	Sí	No
¿Cirugía en la parte del cuerpo que está siendo examinada hoy?	_____	Sí	No
¿Cirugía en cualquier otra parte del cuerpo?	_____	Sí	No
¿Cáncer u otro tumor?	_____	Sí	No
¿Terapia con radiación o quimioterapia?	_____	Sí	No

**¿Le han sido tomadas imágenes con anterioridad que requirieran la inyección de un medio de contraste o colorante?** Sí No  
 V14.8 **En caso afirmativo, ¿experimentó algún tipo de problema como consecuencia de la inyección del contraste?** Sí No  
**¿Se ha sometido a un análisis de sangre recientemente?** Sí No

<b>¿Padece usted algo de lo siguiente?</b>		¿Feocromocitoma?	Sí	No
250. Diabetes	Sí No	¿Está tomando Glucophage o Glucovance?	Sí	No
493.90 Asma	Sí No	427.32 Fibrilación del corazón	Sí	No
429.9 Enfermedades o problemas cardiacos	Sí No	424.1 Desórdenes en la válvula aórtica (desprendimiento de la válvula mitral)	Sí	No
518.89. Enfermedad pulmonar	Sí No	410.92 Infarto al miocardio (ataque al corazón)	Sí	No
282.60 Anemia de célula falciforme	Sí No	785.0 Taquicardia (frecuencia cardiaca más alta de lo normal)	Sí	No
411.1 Angina inestable	Sí No	416.0 Hipertensión pulmonar primaria	Sí	No
593.9 Enfermedad crónica del riñón	Sí No	427.9 Disritmia cardiaca (ritmo cardiaco irregular)	Sí	No
586 Fallas renales (del riñón)	Sí No	413.9 Angina de pecho (dolor intenso y sofocante en el pecho)	Sí	No
203.0 Mieloma múltiple	Sí No	799.3 Debilidad severa, describa _____	Sí	No

Anote a continuación todos los medicamentos que esté tomando actualmente, así como todas sus alergias (a medicamentos, alimentos u otros):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_  
 V14.8 a medicamentos específicos  
 V14.9 a medicamentos no especificados  
 V15.0 alergia a agentes ajenos a los medicamentos

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL TÉCNICO / PERSONAL DE LA ARA**

¿El paciente fue medicado previamente contra alergia al contraste? Sí No      ¿El paciente está en ayunas? Sí No

Acceso intravenoso: Tiempo: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Tamaño del catéter: \_\_\_\_\_ Número de intentos: \_\_\_\_\_

Tipo de contraste inyectado \_\_\_\_\_ Volumen \_\_\_\_\_ ml. N.º de lote \_\_\_\_\_ Fecha de venc. \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

¿Problemas alérgicos después del contraste? Sí No      En caso afirmativo, llene el formulario Incidente de contraste.

¿Canalización intravenosa retirada con catéter intacto? Sí No      ¿Creatinina dentro de los límites normales? Sí No ND      En caso negativo, anote el nivel de creatinina \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

Firma completa del personal de la ARA: \_\_\_\_\_

Los pacientes sometidos a IRM deben llenar el reverso de la hoja →