

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_



**ADVERTENCIA:** ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted o pueden interferir con el procedimiento de IRM (por ejemplo, IRM, angiografía de RM, IRM funcional, espectroscopia de RM). No ingrese a la sala del sistema de IRM o al entorno de IRM si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a un implante, dispositivo u objeto. Consulte al técnico de IRM o radiólogo ANTES de entrar a la sala del sistema de IRM.

**Indique si tiene algo de la lista siguiente:**

- Sí No Está embarazada
- Sí No Le han retirado algún metal de los ojos
- Sí No Trabaja con fragmentos de metal, p. ej., soldadura, esmerilado, etc.
- Sí No Marcapasos
- Sí No Clips para aneurisma
- Sí No Desfibrilador cardioversor implantable (DCI)
- Sí No Dispositivo o implante electrónico
- Sí No Dispositivo o implante que se activa magnéticamente
- Sí No Parche de terapia magnético
- Sí No Sistema de estimulación, p. ej. cerebral, de la vejiga, otro:
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Cables o electrodos internos
- Sí No Estimulador de crecimiento óseo/fusión ósea
- Sí No Implante coclear, otológico o de otro tipo. Año de colocación del:

- Sí No Bomba de infusión de insulina o de otro tipo
- Sí No Dispositivo implantable de infusión de medicamentos
- Sí No Cualquier tipo de prótesis/implante (ocular, peniano, etc.)
- Sí No Prótesis de válvulas cardíacas
- Sí No Alambres y resortes en los párpados
- Sí No Extremidad protésica o artificial
- Sí No Stent, filtro o bobina metálicos
- Sí No Derivación (espinal o intraventricular)
- Sí No Semillas o implantes radiactivos
- Sí No Catéter de Swan-Ganz o termodilución
- Sí No Catéter de Swan-Ganz o termodilución
- Sí No Parche de medicamento a base de metal (nicotina, nitroglicerina)
- Sí No Cualquier fragmento o cuerpo extraño metálico
- Sí No Implante de malla de alambre
- Sí No Expansor de tejidos, p. ej., busto
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips o estructuras metálicas
- Sí No Reemplazo articular (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Pin, tornillo, clavo, alambre, placa, etc., en el hueso/articulación
- Sí No DIU, diafragma o pesario
- Sí No Dentaduras postizas
- Sí No Tatuajes o maquillaje permanente
- Sí No Audífonos **(Retíreselos antes de entrar al entorno de RM)**
- Sí No Perforación corporal con joyería
- Sí No Otro implante:
- Sí No Trastornos del movimiento o problemas para respirar
- Sí No Halo vest (chaleco) o dispositivo metálico de fijación cervical
- Sí No Pesos fijados de cualquier tipo (muñeca, tobillo, cuerpo)

**Imágenes por resonancia magnética (IRM):**

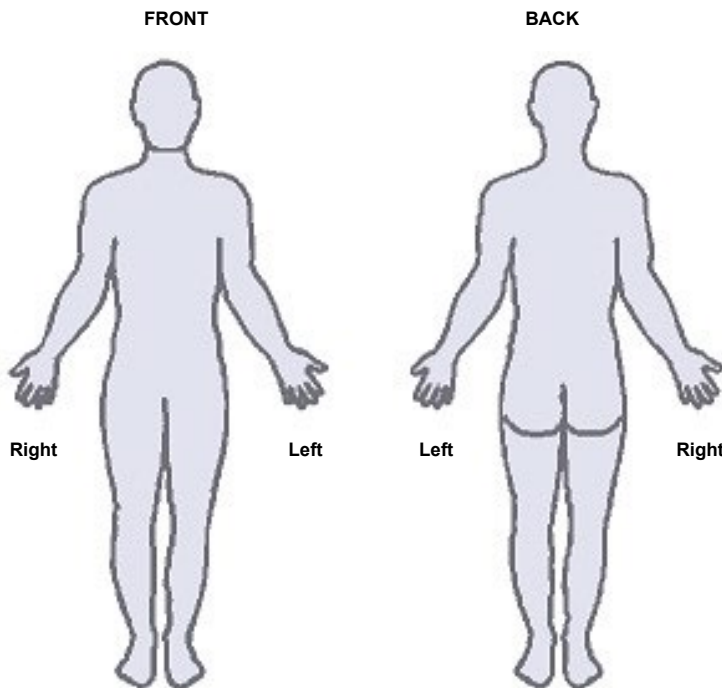
**Se utiliza un poderoso imán que ¡SIEMPRE está encendido!**  
LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS PUEDEN SER PELIGROSOS  
O PUEDEN INTERFERIR CON EL EXAMEN POR IRM.



**IMPORTANT INSTRUCTIONS**

Antes de entrar al entorno de IRM o al sistema de IRM, se le pedirá que se cambie la ropa y utilice una bata, además de quitarse sus zapatos. Debe retirarse todos los objetos metálicos, incluyendo piercings, audífonos, dentaduras postizas y ropa con hilos metálicos.

**Por favor imprima y marque en la figura debajo el local de cualquier implante o metal dentro de su cuerpo.**



**Nota:** Es posible que deba utilizar tapones para los oídos u otra protección auditiva durante el procedimiento de RM para prevenir posibles problemas o peligros relacionados con el ruido acústico.

Doy (damos) fe de que la información señalada anteriormente es correcta a mi (nuestro) leal saber y entender. He (hemos) leído y entiendo (entendemos) el contenido completo de este formulario y se me (nos) ha dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la información contenida en el mismo.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

**A SER COMPLETADO POR LAS PERSONAS CORRESPONDIENTES**

Doy (damos) fe de que he (hemos) revisado exhaustivamente la información señalada anteriormente y entiendo (entendemos) los requisitos de escaneo sobre implantes, dispositivos u objetos condicionales de RM. He (hemos) confirmado visualmente los requisitos apropiados del modo escaneo para los dispositivos aplicables.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del técnico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si No \_\_\_\_\_ (iniciales) Se examinó al paciente con el detector de metales Solo; en caso negativo, explique: \_\_\_\_\_

Firma del técnico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_