

Nombre del paciente: _____



ADVERTENCIA: ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted o pueden interferir con el procedimiento de RM (por ejemplo, IRM, angiografía de RM, IRM funcional, espectroscopia de RM). **No ingrese** a la sala del sistema de RM o al entorno de RM 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 RM.

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

Indique si tiene algo de la lista siguiente:

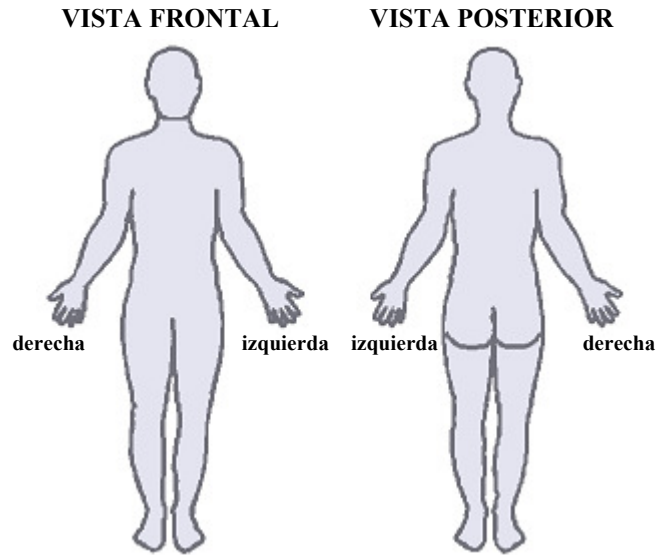
- | | | |
|----|----|---|
| Sí | No | Está embarazada |
| Sí | No | Le han retirado algún metal de los ojos |
| Sí | No | Trabaja con fragmentos de metal, p. ej., soldadura, esmerilado, etc. |
| Sí | No | Marcapasos |
| Sí | No | Clips para aneurisma |
| Sí | No | Desfibrilador cardioversor implantable (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, por ejemplo, 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 implante _____ |
| 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 | Catéter o puerto de acceso vascular |
| Sí | No | Semillas o implantes radiactivos |
| 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 | Perforación corporal con joyería |
| Sí | No | Audífonos (Retíreselos antes de entrar al entorno de RM) |
| 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) |

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Antes de entrar al entorno de RM o al sistema de RM, 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.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, consulte al técnico de IRM o al radiólogo ANTES de entrar a la sala de RM.

Marque en las figuras a continuación la ubicación de cualquier implante o metal dentro o sobre 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 _____

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

Firma del técnico: _____ Fecha _____