



REGENTS IMAGING

Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: _____

Domicilio: _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

No. Tel. de casa: _____ No. Tel. de trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Fecha de accidente: _____ ¿Sucedio en el trabajo o en un auto? _____

Doctor que ordeno este examen: _____ Doctor Primario: _____

Información Para Su Seguridad

- ¿Tiene un marcapasos, alambre de marcapasos, y/o defibrilador cardiaco? Sí/No
- ¿Tiene pinza neurisma del cerebro? Sí/No
- Si respondió que sí a la pregunta anterior, favor de notificarnos **IMEDIATAMENTE!**
- ¿Ha tenido un estudio de MRI? Sí/No
- Si su respuesta es sí, escriba la fecha y area del cuerpo: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una herida con metal en los ojos? Sí/No
- Si respondió que sí a la pregunta anterior, favor de notificarnos **IMEDIATAMENTE!**
- Si respondió sí, ¿ha tenido un MRI desde ese incidente? Sí/No
- ¿Es usted claustrofóbico/a? Sí/No
- ¿Tiene alergia a algún medicamento o productos de latex? Sí/No
- ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí/No
- Si respondió que sí a la pregunta anterior, favor de notificarnos **IMEDIATAMENTE!**
- ¿Esta amamantando a su bebe? Sí/No

FAVOR DE CIRCULAR LA RESPUESTA APROPIADA

- | | |
|---|--|
| ¿Neuro-Estimulador? Sí/No | ¿Maquillaje Tatuado? Sí/No |
| ¿Estimulador de los huesos? Sí/No | ¿Aparato auditivo? Sí/No |
| ¿Coyunturas reemplazadas? Sí/No | ¿Pompa de insulina? Sí/No |
| ¿Varas de Harrington, alambres, grapas
o cualquier otro metal en el cuerpo? Sí/No | ¿Pompa de infusión? Sí/No |
| ¿Ojo Prostético? Sí/No | ¿Pompa de morfina? Sí/No |
| ¿Implantes en el oído? Sí/No | ¿Aparato auditivo? Sí/No |
| ¿Tatuajes? Sí/No | ¿Dentaduras removibles? Sí/No |
| | ¿Implante de pene? Sí/No |

Firma de Paciente o su Representante

Tecnológico (a) de MRI

Fecha

Repasado Por _____