



REGENTS MRI

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: _____ ¿Sucedió 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 | | ¿Pompa de infusión? | Sí/No |
| o cualquier otro metal en el cuerpo? | Sí/No | ¿Pompa de morfina? | Sí/No |
| ¿Ojo Prostético? | Sí/No | ¿Aparato auditivo? | Sí/No |
| ¿Implantes en el oído? | Sí/No | ¿Dentaduras removibles? | Sí/No |
| ¿Tatuajes? | Sí/No | ¿Implante de pene? | Sí/No |

Firma de Paciente o su Representante

Tecnológico (a) de MRI

Fecha

Repasado Por _____