



Formulario de Despista de Aspectos de Seguridad para Procedimiento de Resonancia Magnética (IRM)

Nombre		Fecha de hoy
Fecha de Nacimiento	Peso	Número de Expediente Médico

Sí No ¿Se ha sometido alguna vez a una operación o procedimiento quirúrgico de cualquier tipo?
 En caso afirmativo, favor listar todas las cirugías con sus fechas aproximadas: _____

Sí No ¿Ha tenido un estudio previo de diagnóstico por imagen o el examen (IRM, CT, Ecografía, Rayos-X etc.)?

En caso afirmativo, favor describir	Parte del Cuerpo	Fecha	Instalación o Lugar
IRM			
CT/CAT Scan			
Rayos-X			
Ecografía			
Otro:			

Sí No ¿Se ha sometido alguna vez a un procedimiento IRM después del cual haya tenido algún problema?
 En caso afirmativo, favor describir: _____

Sí No ¿Ha sufrido alguna vez una lesión causada por la introducción de un objeto metálico en el ojo (por ejemplo, astillas o virutas metálicas, otros objetos metálicos)?
 En caso afirmativo, favor describir: _____

Sí No ¿Ha sido lesionado por un objeto/cuerpo extraño metálico (por ejemplo, bala, balín, metralla)?
 En caso afirmativo, favor describir: _____

Sí No ¿Está tomando o ha tomado recientemente cualquier medicamento o droga?
 En caso afirmativo, favor describir: _____

Sí No ¿Tiene alergia a algún medicamento?
 En caso afirmativo, favor describir: _____

Sí No ¿Tiene usted un historial de asma, reacción alérgica, enfermedades respiratorias, o la reacción a un medio de contraste o tinte utilizado para un examen de rayos-x, IRM, CT?

Sí No ¿Tiene anemia o cualquier otra enfermedad que de la sangre, un historial de insuficiencia renal (enfermedad renal), o convulsiones?
 En caso afirmativo, favor describir: _____

Sólo para mujeres ...

Sí No ¿Es pos menopáusica o ha tenido una histerectomía? La fecha de su último período menstrual: _____

Sí No ¿Está embarazada o ésta experimentando un período menstrual tardío?

Sí No ¿Está tomando anticonceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal?

Sí No ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad o bajo tratamientos de fertilidad?

En caso afirmativo, favor describir: _____

Sí No ¿Está amamantando?

Declaro que la información provista que antecede es correcta, de acuerdo a mi conocimiento y entendimiento de la información que se me ha presentado.

Iniciales: _____

Fecha: _____



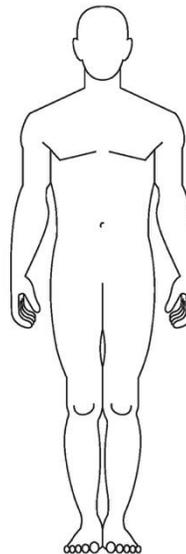
Formulario de Despista de Aspectos de Seguridad para Procedimiento de Resonancia Magnetica (IRM)

ATENCIÓN: Ciertos implantes, dispositivos u objetos que pueden ser peligrosos y pueden interferir con el procedimiento de IRM. NO INGRESE a la sala de IRM o el medio ambiente IRM si tiene alguna pregunta o inquietud en relación con un implante, dispositivo, u otro objeto. Consulte con el técnico de radiología antes de someterse a la resonancia magnética o entrar a la sala de IRM. **EL IMÁN DE IRM ESTÁ SIEMPRE ACTIVADO.**

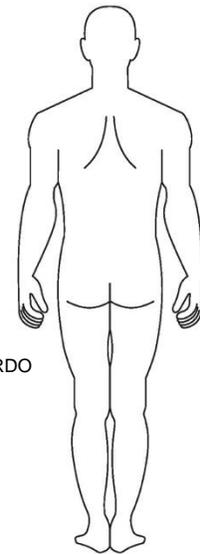
Para cada uno de los siguientes, debe contestar Sí o No. Favor indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) para aneurisma
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Desfibrilador cardíaco implantado
- Sí No Un implante electrónico o dispositivo
- Sí No Implante o dispositivo que está activado magnéticamente
- Sí No Neuroestimulador o bioestimulador
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Electrodo(s) alambre(s) interno(s) de cualquier tipo
- Sí No Estimulador del crecimiento/ fusión de los huesos
- Sí No Implante coclear, otológico, u cualquier tipo de implante en el oído
- Sí No Una bomba de perfusión de insulina o de otros
- Sí No Implante de un dispositivo de infusión de fármacos
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc.)
- Sí No Válvula cardíaca artificial
- Sí No Resorte para párpado
- Sí No Miembro artificial o prótesis (brazo, pierna, etc.)
- Sí No "Stent" metálico, filtro, o la bobina
- Sí No "Shunt" (espinal o intraventricular)
- Sí No Orificio de acceso vascular/catéter
- Sí No Semillas de radiación o de los implantes
- Sí No Swan-Ganz o catéter de termodilución
- Sí No Parche de medicamentos (nicotina, nitroglicerina)
- Sí No Cualquier tipo de objeto metálico
- Sí No Implante de malla de alambre
- Sí No Expansor de tejido (por ejemplo, de mama)
- Sí No Cualquier tipo de pinza o grapa quirúrgica
- Sí No Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla)
- Sí No Varilla de hueso / coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí No Diafragma, DIU, pesario
- Sí No Dentadura removible, dientes postizos o placa parcial
- Sí No Tatuaje o maquillaje permanente
- Sí No Joyería de la perforación del cuerpo
- Sí No Audífono (quitar antes de entrar a sala de IRM)
- Sí No Otros implantes _____
- Sí No Problema de respiración o el trastorno de movimiento
- Sí No Claustrofobia

Favor de marcar en estos dibujos la ubicación de cualquier objeto metálico en el interior o en su cuerpo.



DERECHO



DERECHO

IZQUIERDO

Declaro que la información provista que antecede es correcta, de acuerdo a mi conocimiento y entendimiento de la información que se me ha presentado.

Iniciales:

Fecha:



Formulario de Despista de Aspectos de Seguridad para Procedimiento de Resonancia Magnética (IRM)

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Antes de entrar en el medio ambiente IRM o sala de IRM, **debe quitar TODOS los objetos metálicos** como audífonos, prótesis dentales, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, anteojos, broches para el pelo, broches, joyas, perforación corporal (body piercing), reloj, alfileres de seguridad, clips, clip de dinero, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas de banda magnética, monedas, bolígrafos, navajas, corta uñas, herramientas, ropa con cierres de metal, y ropa con hilos metálicos.

Estudios con Resonancia Magnética se suelen evitar durante el primer trimestre de embarazo.

Si usted tiene un marcapaso, neuroestimulador, clips de aneurismas, audífonos, bomba de insulina, los implantes de oído interno, **DETÉNGASE** e informar al personal de radiología de inmediato.

Por favor, consulte con el técnico de IRM o radiólogo si tiene preguntas o preocupaciones ANTES DE ENTRAR en la sala de IRM

NOTA: *Es posible que se le pida usar auriculares u otra protección para los oídos durante el procedimiento de IRM para evitar posibles problemas o riesgos relacionados con el ruido acústico.*

INFORMACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE (medio para visualización radiográfica)

Como parte del examen de resonancia magnética, si su médico remitente y el radiólogo lo consideren conveniente, se le puede dar una inyección intravenosa de gadolinio, un medio de contraste utilizado en IRM. Esta inyección aumenta la precisión de la exploración para un mejor diagnóstico de su condición. Los medios de contraste gadolinio se han utilizado con seguridad en millones de casos, sin embargo, reacciones leves (dolores de cabeza, náuseas, picazón) se han observado en alrededor del 2% de los pacientes y reacciones más graves, incluyendo la pérdida de vida, aunque raras también se han observado.

Madres que amamantan: Hay un porcentaje muy pequeño de material de contraste que se excreta en la leche materna y es absorbido por el bebé. Los datos disponibles sugieren que es seguro continuar con la lactancia materna. Sin embargo, si tiene dudas, se recomienda que se abstenga de la lactancia materna durante un periodo de 12 a 24 horas después del procedimiento (expresar y desechar la leche materna).

Iniciales:

Declaro que la información provista que antecede es correcta, de acuerdo a mi conocimiento y entendimiento de la información que se me ha presentado. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas con relación a la información aquí incluida.

Firma de la persona que rellena el formulario	Imprimir su nombre	Fecha
Formulario completado por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Enfermera	Relación con el paciente	