



Cuestionario de Seguridad para los estudios de imágenes por Resonancia Magnética

Su médico le ha solicitado a Ud. un estudio de Resonancia Magnética; para realizarlo se utiliza un equipo con un alto campo magnético y ondas de radiofrecuencia, que producen imágenes de la región del cuerpo que se quiere evaluar. Este método de imágenes no utiliza Rayos X

Para realizar este estudio, Ud. deberá contestar algunas preguntas que son muy importantes

Por favor responda por SI o por NO si es portador de alguno de los siguientes objetos:

	Si	No
Marcapasos cardíacos, electrodos cardíacos o cerebrales		
Clips vasculares (Aneurismas tratados)		
Dispositivos electrónicos implantados (neuroestimuladores, implante coclear)		
Otros dispositivos electrónicos implantados, prótesis en oídos.		
Stents, Filtros intravasculares, válvula cardíaca artificial		
Dispositivos de goteo de fármacos		
Estimulador de crecimiento óseo		
Filtro de vena cava		
Prótesis vascular cardíaca		
Implante de oído medio (Prótesis de estribo)		
Prótesis dental, aparatos de ortodoncia		
Objetos metálicos en los ojos (por operaciones, prótesis)		
Otros objetos metálicos en los ojos (por accidentes con virutas o fragmentos metálicos)		
Cualquier tipo de pinzas o grapas quirúrgicas. Donde? :		
Prótesis de caderas, prótesis metálicas, prótesis de mama, otras prótesis		
En caso de ser mujer, diafragma o DIU		

Por favor responda por SI o por NO lo siguiente:

Trabaja o ha trabajado en ambientes en donde se produzca viruta metálica?		
Ha tenido accidentes en los ojos con objetos metálicos?		
Posee tatuajes o piercings?. Donde?		
Fragmentos metálicos en el cuerpo como: agujas, clavos, perdigones		
Otros fragmentos metálicos como balas, fragmentos de acero.		
Posee delineador permanente		
Posee algún miembro o articulación artificial? Donde?		

Por favor responda por SI o por NO lo siguiente:

En caso de ser mujer, está embarazada o sospecha estarlo?		
En caso de ser mujer, está amamantando?		
Ha comido algo en las últimas cuatro horas ?		
Tiene algún tipo de antecedentes alérgicos? Especificar:		
Ha sido operado alguna vez? Especificar:		
Padece de alguna enfermedad importante? Especificar:		

Declaración de conformidad de paciente:

Nombre(s) y Apellido(s) _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono Celular: _____ Otro teléfono: _____

Por la presente declaro que he sido informado acerca del estudio de Resonancia Magnética que se me va a realizar, comprendiendo los puntos expuestos, y habiendo respondido el cuestionario de seguridad por lo tanto:

Si/No (*) **AUTORIZO** a la realización de dicho examen.

En el caso de que se me deba administrar medicamento de contraste en el estudio:

Si/No (*) **AUTORIZO** a la administración del mismo

(*) Tachar lo que no corresponda.

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma: _____ Tipo de Doc: _____

Declaración de conformidad del familiar o de la persona a cargo del paciente:

Nombre(s) y Apellido(s) _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Declaro que he sido informado acerca del estudio de resonancia magnética que se le va a realizar a esta persona que está a mi cargo, comprendiendo los puntos expuestos y habiendo respondido el cuestionario de seguridad, por lo tanto:

Si/No (*) **AUTORIZO** a la realización de dicho examen.

En el caso de que se me deba administrar medicamento de contraste en el estudio:

Si/No (*) **AUTORIZO** a la administración del mismo

(*) Tachar lo que no corresponda.

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma: _____ Tipo de Doc: _____