

Preguntas del formulario de selección de MRI

Nombre: _____ Fecha del examen: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

1.	¿Motivo de la MRI y/o síntomas? _____				
2.	¿Se ha sometido a algún estudio de imagen relacionado (MRI, CT, ecografía, radiografía) fuera de NYPH - Cornell - Columbia?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo, especifique el tipo de obtención de imágenes, la fecha en que se realizó y la ubicación: _____				
3.	¿Se ha sometido a una biopsia o cirugía fuera de NYPH - Cornell - Columbia?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas: _____				
4.	¿Tiene antecedentes de enfermedad renal (riñón) o cirugía renal?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo, ¿está recibiendo diálisis?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
5.	¿Se ha puesto alguna vez una inyección de contraste para MRI?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
6.	¿Alguna vez se ha desmayado después del contraste de la MRI?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
7.	¿Ha tenido alguna vez urticaria después del contraste de MRI?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
8.	¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar después del contraste de MRI?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
9.	¿Tiene claustrofobia?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo, ¿ha tomado algún medicamento para la claustrofobia antes de las MRI anteriores o piensa tomarlo antes de la MRI de hoy? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
10.	Enumere cualquier medicamento oral que haya tomado hoy (incluidos los medicamentos para la ansiedad o claustrofobia, suplementos de hierro): _____				
11.	Marque SÍ o NO en las casillas siguientes si tiene alguno de los siguientes:				
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Pasador óseo/articular, tornillo, clavo, alambre, placa	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Marcapasos cardíaco o cables de estimulación	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Implante coclear, otológico u otro implante auditivo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Monitor cardíaco externo o cableado	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dentaduras postizas u ortodoncia	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Desfibrilador cardioversor implantable (DCI)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuerpo extraño o balas (p. ej., balines, metralla)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Grabadora de bucles o Swan-ganz	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dispositivo de infusión del fármaco implantado	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Estimulador nervioso u otro estimulador?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Fragmentos metálicos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo, proporcione el nombre o número de modelo del implante: _____				
	Especifique qué tipo de estimulador: _____				

Catéter o sonda de alimentación	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Prótesis (ojo, pene, extremidad, etc.)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Semillas radiactivas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Pinzas quirúrgicas, grapas, suturas metálicas o malla de alambre	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Parche medicamentoso (nicotina, nitroglicerina)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Expansor de tejidos en la mama	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Puerto en el brazo, el pecho o en cualquier otro lugar del cuerpo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Monitor de glucosa y/o bomba de insulina/bomba de medicamento? En caso afirmativo, nombre o modelo del dispositivo: _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
DIU, diafragma o pesario	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Lesión en el/los ojo(s) o implantes/fragmentos en el ojo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Audífono (retirar antes de entrar en la sala)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Peso, resorte o alambre para párpados	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Derivación programable	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Objeto metálico/fragmento en el ojo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Inyector en el cuerpo (p. ej., Neulasta)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cierre esclerótico	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Implantes en la mama (expansores de tejido, solución salina o silicona)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Algún otro objeto metálico, implante o fragmento? En caso afirmativo, tipo y fecha del implante: _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Extensiones para el cabello, tatuajes, maquillaje permanente o joyas para la perforación del cuerpo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Tiene antecedentes de cáncer? ¿Qué tipo de cáncer? _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Endoprótesis vascular o dispositivo intrauterino Fecha de colocación del implante: _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Problema respiratorio o trastorno del movimiento	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Problema respiratorio o trastorno del movimiento	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO			

Pacientes de sexo femenino:

12.	¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
13.	Fecha de su último período menstrual: _____		
14.	¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Autorizo a Columbia Radiology y NewYork-Presbyterian, sus médicos y demás personal a realizar el examen prescrito.

Firma del paciente (padre, madre o tutor): _____ **Fecha:** _____

Si está tomando un medicamento oral contra la ansiedad para la claustrofobia, le recomendamos que le acompañe una persona a la cita o que se encargue del transporte hasta su hogar. Nuestro consultorio recomienda esto por precaución y preocupación por su seguridad, ya que los posibles efectos secundarios de estos medicamentos pueden afectar a su capacidad para conducir o utilizar el transporte público. Si no dispone de un medio de transporte seguro a su hogar, nuestro personal puede pedirle que permanezca en el centro hasta que desaparezcan los efectos secundarios de los medicamentos y considere seguro darle el alta hospitalaria.

<i>(uso en el consultorio)</i>	
Personal de recepción: _____	Firma: _____
Técnico: _____	Firma: _____
Enfermero: _____	Firma: _____