

Nombre del paciente: _____

Altura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Qué era la razón que causó que su médico ordenara su MRI _____

Tiene usted radiografías del área del cuerpo que vamos a explorar hoy? _____

En las cuales facilidad su estudio fue hecho?

Si No Podría usted ser embarazado?

SOLAMENTE SI USTED ESTÁ TENIENDO UN MRI Circunde por favor "Sí" o "No" a cada pregunta

Toda la joyería, horquillas, electrodos, y pelucas se deben quitar antes de entrar en el cuarto de la exploración de MRI

Si No Trabaja con el corte del metal, soldadura, o utilizó una amoladora?

Si No Usted ha tenido fragmentos del metal alojados en sus ojos?

Si No Usted ha tenido cirugía del corazón?

Si No Usted tiene marcapasos o una válvula artificial del corazón?

Si No Usted ha tenido cirugía del cerebro?

Si No Usted tiene clips, tales como aneurysm acorta, y si es así qué año era ellos insertó? _____

Si No Usted ha tenido cirugía del oído?

Si No Usted ha tenido cirugías a hacer con la pieza del cuerpo que era explorada?

Qué tipo y cuando fue la cirugía? _____

Si No Usted tiene metal implantado en su cuerpo (es decir debido a la cirugía, a la metralla, a las balas, al etc.)?

Si No Usted tiene dental implanta, construcción de puente, o las placas dentales que son desprendibles?

Si No Usted tiene otras condiciones médicas?

Si No Usted tiene una prótesis de oído o un oído implanta?

Si No Usted tiene tatuajes permanentes o maquillaje permanente?

Si No Es usted claustrophobic (miedo de estar en lugares pequeños, confinados)?

Firma De Paciente: _____ **Date:** ____ / ____ / ____