

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS PUEDEN INTERFERIR CON UN ESTUDIO DE MRI Y ALGUNOS PODRIAN SER PELIGROSOS PARA SU SEGURIDAD POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO DETENIDAMENTE SI USTED TIENE QUE TOMAR MEDICAMENTO ANTES DEL MRI POR FAVOR NOTIFIQUESELO AL PERSONAL AHORA MISMO. GRACIAS

YES	NO	
SI	NO	Marcapasos cardíaco Cardiac Pacemaker
SI	NO	Neuroestimulador (unidad TENS) o Implante de Electrodo Neurostimulators (TENS Unit) or Electrode Implant
SI	NO	Cirugía de Revascularización Coronaria (Bypass) o de las Válvulas Cardíacas Especifique abajo Coronary Artery Bypass or Heart Valve Surgery Specify Below
SI	NO	¿Ha tenido cirugía cerebral o de aneurisma cerebral? Have you ever had brain/brain aneurysm surgery?
SI	NO	¿Ha tenido cirugía del oído? ¿De qué tipo? Have you ever had ear surgery? What type?
SI	NO	¿Tiene usted una derivación (shunt)? ¿Espinal o Ventricular? Do you have a shunt? Spinal or Ventricular?
SI	NO	¿Convulsiones o ataques? Seizures or Epilepsy?
SI	NO	¿Placas metálicas, pernos, tornillos, clavos, sujetadores (clips), implante de malla, filtros o catéteres? (Por favor ENCIERRE EN UN CÍRCULO o que le corresponda) Any metal plates, pins, screws, nails, clips, mesh Implant, filters or catheters? (Please CIRCLE which applies)
SI	NO	¿Está embarazada o supone estar embarazada? Are you pregnant or suspect pregnancy?
SI	NO	¿Está amamantando (lactando)? Are you breastfeeding?
SI	NO	¿Alguna vez ha tenido un incidente en el que se le hayan introducido fragmentos de metal en los ojos? Have you ever had an incident of metal fragments in your eyes?
SI	NO	¿Alguna vez se le han introducido fragmentos metálicos o fragmentos de bala en la cabeza o en la piel? (Si su respuesta es sí por favor indique el área) Have you ever had metal fragments or shrapnel in the head or skin? (If yes, please state which area)
SI	NO	¿Tiene usted algún implante metálico? Si su respuesta es sí, ¿dónde? Do you have any metal implants? If yes, where?
SI	NO	¿Tiene trabajo dental móvil (dentaduras, puentes que se pueden quitar)? Do you have any removable dental work?
SI	NO	¿Ha tenido usted ALGÚN procedimiento quirúrgico? Haga una lista abajo con las fechas aproximadas. Have you had ANY surgical procedures? List below with the approximate date.
SI	NO	¿Tiene bomba de insulina, aparato de corrección auditiva o DIU (dispositivo intrauterino)? Por favor ENCIERRE EN UN CÍRCULO lo que le corresponda) Do you have an Insulin pump, hearing aid or IUD? (Please circle which)
SI	NO	¿Tiene alguna enfermedad o trastorno sanguíneo, renal (de los riñones), hepático (de hígado) o respiratorio? (Especifique abajo) Do you have any blood disorders or disease, kidney, liver or respiratory disorders? (Specify below)
SI	NO	¿Tiene alguna ALERGIA o REACCIÓN hacia medicamentos o sustancias? (Especifique abajo) Do you have any ALLERGIES or REACTIONS to drugs or substances? (Specify below)
SI	NO	¿Tiene delineador de ojos tatuado? Do you have tattoo eye liner?
SI	NO	¿ALGUNA DE SUS CIRUGÍAS LE FUE REALIZADA DURANTE LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? HAVE ANY OF YOUR SURGERIES BEEN PERFORMED IN THE LAST 6 WEEKS?

Todos los procedimientos médicos conllevan un elemento de riesgo y éste procedimiento no es la excepción. El uso de material de contraste puede proporcionar información adicional para evaluar su problema y podría mejorar la calidad de su examen. El efecto secundario más común notado por los pacientes que reciben contraste es dolor de cabeza y náusea. Otros efectos secundarios adversos le ocurren a menos del 1% de los pacientes. Su médico ha considerado los riesgos antes mencionados antes de recomendar este examen y él/ella considera que los beneficios del diagnóstico superan los riesgos mínimos que ésta implica.

He leído lo anterior y doy mi consentimiento para la realización del (los) procedimiento(s) de MRI (imágenes por resonancia magnética) que fue ordenado incluyendo la administración de material de contraste se está indicada.

All medical procedures carry an element of risk and this procedure is no exception. The use of contrast media may provide more information to evaluate your problem and improve the quality of your exam. The most common adverse events occur in less than 1% of patients. Your physician has considered the aforementioned risks before recommending this exam and he/she believes the diagnostic benefits outweigh the minimal risks involved. I have read the above and give my consent to the performance of the MRI scan(s) ordered, including the administration of contrast material if indicated.

X

Firma del paciente o tutor Signature of patient or guardian

Fecha/ Hora Date/ Time

Paciente incapaz de firmar debido a: Patient unable to sign due to:

Persona que lleno el formulario: Person completing form:

Testigo Witness

Fecha/ Hora Date/ Time



MRI Consent - Spanish