

ENCUESTA DE RESONANCIA NIVEL 1

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Conteste brevemente las siguientes preguntas:

¿Por qué se somete a este procedimiento? (Describa el problema médico: síntomas, molestias):

.....
.....

1.- ¿Se ha sometido alguna vez a un procedimiento de Resonancia Magnética en el que haya experimentado problemas posteriores? Describa:

.....
.....

2.- ¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica? Describa:

.....
.....

3.- ¿Ha sido lesionado por algún objeto metálico? Describa:

.....
.....

4.- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión causada por la introducción de un objeto metálico en el ojo? Describa:

.....
.....

5.- ¿Se ha realizado exámenes de imágenes en relación al presente estudio?
¿Cuáles? , ¿Los trajo?

.....
.....

6.- ¿Está embarazada? SI NO Fecha última regla (FUR):.....

7.- ¿Está amamantando? SI NO

8.- ¿Sufre de claustrofobia? SI NO

ENCUESTA DE RESONANCIA NIVEL 2

Los siguientes elementos pueden constituir un potencial riesgo para usted o interferir en el procedimiento de RM al cual será sometido.
Solicitamos llenar la siguiente encuesta que será evaluada por el Tecnólogo médico antes de la realización de su examen.

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapaso cardiaco. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clips para aneurisma. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implante coclear o audífono |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bomba implantada de medicamentos (insulina, baclofen, quimioterapia, medicina para el dolor) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aparato de fijación espinal (en columna vertebral) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier tipo de espiral, filtro o endoprotesis vascular, (stent) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier tipo de objeto metálico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvula cardiaca artificial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier tipo de pinza o grapa quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prótesis de brazo, pierna o articulación artificial ¿Cuál y donde? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perforación corporal (piercing). ¿Dónde? : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier dispositivo implantado (tornillos, clavos, placas, ganchos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier tipo de dispositivo implantado. Tipo: |

Declaro que la información que antecede es correcta. He leído y comprendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad para hacer preguntas con relación a la información incluida en el mismo.

Nombre y firma:

Rut: Teléfonos:.....

Fecha:.....