



OAL MRI NORTH POINTE
 North Pointe Business Park
 170 North Pointe Blvd.
 Lancaster, PA 17601
 717.735.6641

OAL MRI LEBANON
 1701 Cornwall Road
 Suite 200
 Lebanon, PA 17042
 717.675.1307

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre del paciente: _____ Fecha del estudio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____ Número de registro médico: _____

Cirugías anteriores de **CUALQUIER** tipo (tipo y fecha): **Enumere a continuación ***** Cualquier cirugía en las últimas 8 semanas NO Sí

Enumere alergias conocidas: _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE PACIENTES

Historia clínica Coloque ✓ en el casillero correcto y complete cada pregunta por separado

Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Cáncer (Tipo) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Enfermedad o falla renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedad hepática crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Bronquitis o asma frecuente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

Historia clínica Coloque ✓ en el casillero correcto y complete cada pregunta por separado

Marcapasos, desfibrilador o cables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Cirugía de cuello o espalda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Válvulas, filtros, espirales o estents cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Reparación de aneurisma <input type="checkbox"/> cerebral <input type="checkbox"/> abdominal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Neuroestimulador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Derivaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Fragmentos de metal en el ojo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Fragmentos de metal: perdigones, balas y metralla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Dispositivo implantado (clip, perno, placa, tornillo o varilla)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Ubicación, tipo y fecha del implante	_____	
Cirugía de corazón o cerebro (incluye ojos y oídos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Ubicación, tipo y fecha del implante	_____	

Historia clínica Coloque ✓ en el casillero correcto y complete cada pregunta por separado

Audífono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Tatuajes o delineado permanente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Dentaduras postizas o prótesis parcial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Bomba de analgesia, de insulina o terapia VAC	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Tipo	_____	
Prótesis ortopédicas u órtesis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Ubicación	_____	
Parches de medicamento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Ubicación o tipo	_____	
Partes del cuerpo con perforaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Ubicación	_____	
Grapas en la piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Ubicación	_____	
Paciente de sexo masculino: Implante peniano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marca	_____	
Pacientes de sexo femenino: Posibilidad de embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Último período menstrual (UPM)	_____	
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marca	_____	

Historia clínica Coloque ✓ en el casillero correcto y complete cada pregunta por separado

¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Se hizo análisis de laboratorio en los últimos 30 días? ¿Dónde? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Le han dicho alguna vez que tiene alergia al material de contraste de la IRM?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Tuvo alguna vez una reacción al material de contraste en un estudio sobre IRM?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Tuvo alguna vez una alergia que le causó una reacción anafiláctica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez le han diagnosticado insuficiencia renal avanzada (TFG <60cc/min)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Está actualmente en tratamiento con diálisis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez le han diagnosticado fibrosis sistémica nefrogénica (FSN)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido inyecciones de hierro o ferumoxytol vía intravenosa en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

Patient Signature: _____ Date: _____