



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre del paciente: _____ Fecha del estudio: _____

Fec. de nac.: _____ Estatura: _____ Peso: _____ NHC: _____

Cirugías previas de CUALQUIER tipo (tipo y fecha); enumere: _____

Enumere las alergias conocidas: _____

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL PACIENTE

Procedimiento/historial quirúrgico Coloque un ✓ en la casilla correspondiente y responda a cada pregunta de forma completa

- Marcapasos
Desfibrilador/dispositivos implantados
Neuroestimulador
Grabador de bucle
Válvula cardíaca/estent/filtro/bobina
Cirugía cardíaca o cerebral
Cirugía ocular o del oído
Reparación de aneurisma
Dispositivo de derivación VP
Cirugía de espalda o cuello
Fragmentos de metal en los ojos
Balas/balines/esquirlas dentro del cuerpo

Autorizaciones de MRI Coloque un ✓ en la casilla correspondiente y responda a cada pregunta de forma completa

- Audífono/implante coclear
Dentaduras postizas/placa parcial
Tatuajes/delineador de ojos permanente
Alergia al látex
Implante (clip/perno/placa/tornillo/varilla)
Bomba de insulina/medidor de glucosa
Prótesis u ortesis de extremidades
Parches de medicamentos
Lugar(es) de perforación corporal
Implante de pene
Probabilidad de embarazo

Contraindicaciones del contraste ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones?

- Presión arterial alta
Enfermedad renal/insuficiencia renal
Diabetes
Enfermedad hepática crónica
Trasplante de órgano
Cáncer

¿Ha sido alguna vez alérgico al contraste para IRM o ha tenido alguna reacción al mismo en el pasado? □ Sí □ NO

¿Está amamantando de forma activa? □ Sí □ NO

Firma del paciente: _____

Fecha: _____