



**ORTHOPEDIC
ASSOCIATES**
OF LANCASTER, LTD

Experienced, Specialized Care

OAL MRI North Pointe
170 North Pointe Boulevard
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: _____

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

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

Enumere las alergias conocidas: _____

Cuestionario de evaluación del paciente

Procedimiento/historial quirúrgico

Coloque un √ en la casilla correspondiente y responda a cada pregunta de forma completa.

Marcapasos	☐ SÍ	☐ NO	
Desfibrilador/dispositivos implantados	☐ SÍ	☐ NO	
Neuroestimulador	☐ SÍ	☐ NO	
Grabador de bucle	☐ SÍ	☐ NO	
Válvula cardíaca/estent/filtro/bobina	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Cirugía cardíaca o cerebral	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Cirugía ocular o del oído	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Reparación de aneurisma	☐ SÍ	☐ NO	☐ Cerebro ☐ Abdomen
Dispositivo de derivación VP	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Cirugía de espalda o cuello	☐ SÍ	☐ NO	
Fragmentos de metal en los ojos	☐ SÍ	☐ NO	
Balas/balines/esquirlas dentro del cuerpo	☐ SÍ	☐ NO	Dónde se encuentran: _____

Autorizaciones de MRI

Coloque un √ en la casilla correspondiente y responda a cada pregunta de forma completa.

Audífono/implante coclear	☐ SÍ	☐ NO	
Dentaduras postizas/placa parcial	☐ SÍ	☐ NO	
Tatuajes/delineador de ojos permanente	☐ SÍ	☐ NO	
Alergia al látex	☐ SÍ	☐ NO	
Implante (clip/perno/placa/tornillo/varilla)	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Bomba de insulina/medidor de glucosa	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Prótesis u ortesis de extremidades	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Parches de medicamentos	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Lugar(es) de perforación corporal	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Implante de pene	☐ SÍ	☐ NO	Ubicación/tipo/fecha: _____
Probabilidad de embarazo	☐ SÍ ☐ NO	Última menstruación: _____	Marca del DIU: _____

Contraindicaciones del contraste

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones?

Presión arterial alta ☐ SÍ ☐ NO

Enfermedad renal/insuficiencia renal ☐ SÍ ☐ NO

Diabetes ☐ SÍ ☐ NO

Enfermedad hepática crónica ☐ SÍ ☐ NO

Trasplante de órgano ☐ SÍ ☐ NO

Cáncer ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "sí", ¿está recibiendo diálisis? _____

☐ Quimioterapia

Tipo: _____

☐ Radiación

¿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: _____