

ENCUESTA RESONANCIA MAGNÉTICA

Nombre: _____ Rut.: _____ Peso: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Marque con una X, cuando corresponda:

Motivo del Examen _____

¿Tiene posibilidades de embarazo? FUR : (Fecha última regla): _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

¿Usa marcapasos, desfibriladores internos o estimuladores electrónicos?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

¿Porta actualmente un catéter de swanz ganz (catéter cardiaco)?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

¿Es portador de electrodos o alambres internos de cualquier tipo?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

(Por ejemplo: audífonos, implantes cocleares, implantes peneanos, reservorios de quimioterapia, grapas quirúrgicas).

Indique cual y año de instalación _____

¿Tiene Ud. esquirlas metálicas, balas, y/o perdigones?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

¿Es portador de cualquier tipo de prótesis interna? (fijación/fusión espinal, material osteosintesis, prótesis articulares, expansores mamarios, válvulas cardiacas).

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Indique cual, donde y año de instalación _____

¿Es portador de clip vascular, clips metálico, suturas y/o grapas metálicas?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Indique cual y año de instalación _____

¿Tiene clips de aneurisma cerebral de hace mas de 15 años?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

¿Es portador de tatuajes, parches cutáneos y/o anillos de piercing?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

¿Donde? _____

¿Puede tolerar espacios reducidos (alrededor de 30 minutos)?

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Firma del Paciente o Representante Legal

Nombre/Firma Profesional