

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Examen solicitado: \_\_\_\_\_  
 N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Peso declarado del paciente: \_\_\_\_\_ Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Código postal del paciente: \_\_\_\_\_  
**Motivo del examen:** \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DEL PACIENTE

**La resonancia magnética (MRI) NO PUEDE realizarse si responde afirmativamente a las preguntas con tres asteriscos (\*\*\*)**.  
 Para los elementos marcados con dos asteriscos (\*\*) se requiere que el paciente firme un consentimiento informado. Es posible  
 que para los elementos marcados con un asterisco (\*) se requiera un mayor análisis por parte del radiólogo y el técnico.  
 Documentar cualquier aprobación verbal en la Parte B.

<b>*** Cápsula para endoscopia de intestino delgado</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Antecedentes de caídas</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>*** Neuroestimuladores implantados</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Si la respuesta es afirmativa, especifique la fecha de la caída más reciente:</b> _____		
<b>*** Desfibrilador cardiaco implantado</b> (en el pasado o actualmente)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Asma</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>*** Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (LVAD), bomba cardiaca</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Ritmo cardiaco irregular</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>** Marcapasos o cables para marcapasos</b> (anteriores o actuales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Electrodos externos/neuroestimuladores (Decena-unidad)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>** Embarazada o amamantando</b> (Verifique y documente la seguridad que se tomó o remita al radiólogo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Filtro en forma de paraguas en la vena cava</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Grapas en carótidas</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Procedimiento del tracto gastrointestinal (GI) que involucra grapas quirúrgicas</b> (Es probable que sea necesario tomar radiografías si existe la posibilidad de que haya grapas gastrointestinales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Hipertensión (presión arterial alta)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Antecedentes de cáncer (del paciente)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Grapas/injertos/endoprótesis/ reparaciones vasculares</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Antecedentes de cáncer de mama</b> Si la respuesta es afirmativa, ¿se extirpó algún nódulo linfático?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Grapas quirúrgicas</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Implantes metálicos/prótesis/dispositivos ortopédicos</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Bomba de infusión</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Audífono removible</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Derivación programable</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Epilepsia (ataques)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Ferropenia o anemia tratada con Feraheme</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Claustrofobia</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Cuerpo metálico extraño</b> (Heridas de bala, fragmentos metálicos en los ojos, cerclaje de retina, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>No puede mantenerse quieto</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Cirugía de oído o cerebro previa</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Pasadores en el cabello o en la ropa</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Historial de enfermedad hepática grave</b> (Considere tasa de filtración glomerular [GFR])	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Extensiones de cabello/postizo/peluca</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Trasplante de hígado (Considere GFR)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Aparatos de ortodoncia o resortes orales</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Diálisis/falla renal/insuficiencia renal (Considere GFR)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Prótesis dentales removibles</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Diabetes (Considere GFR)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Brillo/Maquillaje de ojos permanente</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Bomba de insulina</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Tatuajes o perforaciones en el cuerpo</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Vendaje de herida (por ejemplo, Acticoat 7)</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Parches para la piel con medicamento</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>* Implantes mamarios</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>(de nitroglicerina, para dejar de fumar, para el dolor, anticonceptivos, etc.)</b>		
<b>* Válvulas cardiacas artificiales</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>No se pueden usar lentes de contacto de color.</b>		
<b>* Endoprótesis coronarias</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

De haber respondido afirmativamente a las dos preguntas anteriores, indique:

Fecha: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías previas: \_\_\_\_\_

*Es posible que algunos factores como el peso, la complejidad del paciente y el tipo de examen determinen si se puede realizar el examen.*

Entiendo que debo retirar todos los artículos metálicos de mi persona antes de que se me realice el examen de resonancia magnética (MRI), y entiendo que no hacerlo puede dar como resultado el daño de esos artículos o una lesión a mi persona y otros. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Marque la siguiente casilla si se realizó **con anterioridad** un estudio de imágenes similar en la parte del cuerpo que se examinará hoy.

Resonancia Magnética (MRI) previa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tomografía por emisión de positrones (PET) o tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada (PET/CT) previas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tomografía computarizada (CT) previa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiografías previas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es afirmativa, especifique el área

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado) Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He revisado esta información con el paciente o su tutor legal, apoderado legal, pariente, etc.

Firma del técnico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



6 Tsienneto Road · Suite LL100 · Derry NH · 03038  
Phone 603-537-1363

# Formulario para examen de MRI para pacientes - Parte B

Nombre del paciente (apellido, nombre): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONTRASTE

Su médico o radiólogo puede considerar necesario que se le aplique una inyección intravenosa con un agente de contraste que contenga gadolinio para mejorar la calidad de su examen por resonancia magnética. Aunque los agentes de contraste con gadolinio se han utilizado de manera segura en millones de pacientes, pueden presentarse reacciones leves (especialmente dolor de cabeza o náuseas) y reacciones graves o que pongan en peligro la vida.

He leído y entiendo la información anterior y han respondido mis preguntas. Acepto que me realicen el procedimiento por resonancia magnética (MRI) con una inyección de contraste si se considera necesario.

¿Alguna vez se le ha administrado una inyección con material de contraste?  Sí  No

Antecedentes de reacciones previas  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, explique \_\_\_\_\_

Peso declarado del paciente \_\_\_\_\_

Tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) \_\_\_\_\_

(Si es de menos de 60 consulte al radiólogo. Documente todos los cambios en el protocolo en la sección Modificación, que se presenta a continuación.)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del contraste	_____
Cantidad	_____
N.º de lote	_____
Fecha de vencimiento	_____
Lugar de la inyección	_____
Dispositivo utilizado	_____
Velocidad de administración	_____
Iniciales del técnico	_____

## Firma del paciente (padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Control posterior a la inyección: Hora: \_\_\_\_\_ ¿Ha cambiado la condición del paciente desde que se le aplicó la inyección? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, especifique el cambio: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento, a los mariscos, a los crustáceos o al látex?

Sí  No Si la respuesta es afirmativa, enumere:

- |         |         |
|---------|---------|
| 1 _____ | 4 _____ |
| 2 _____ | 5 _____ |
| 3 _____ | 6 _____ |

El paciente desconoce los medicamentos actuales.  El paciente no toma medicamentos.

## Enumere los medicamentos que ha tomado el paciente hoy y todos los medicamentos que toma actualmente:

(Incluya los anticonceptivos y medicamentos de venta libre, ungüentos, productos a base de hierbas, vitaminas, etc.)

- |         |         |
|---------|---------|
| 1 _____ | 5 _____ |
| 2 _____ | 6 _____ |
| 3 _____ | 7 _____ |
| 4 _____ | 8 _____ |

## Obstáculos para el aprendizaje Sí No

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Tipo:                             | Intervención:  |
| <input type="checkbox"/> Idiomas  | <input type="checkbox"/> Se usó un intérprete        |
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Se repitieron las preguntas |
| <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> Familia/pareja              |

Si el paciente se automedicó (con medicamentos que no son de rutina) contra la ansiedad o la claustrofobia específicamente para el procedimiento de hoy, ¿alguien puede manejar en su lugar?

Sí  No  No se aplica. El paciente no tomó un medicamento antes

Antes del alta, ¿se revisó al paciente y se encontró alguna deficiencia en sus funciones?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿se le comunicó al médico supervisor?  Sí  No Si el paciente se rehúsa a ser revisado, notifique al médico supervisor y al personal de Alliance para que cumplan con la política N.º 5023.

Comentarios: \_\_\_\_\_

## RECEPCIÓN DE ÓRDENES VERBALES, RESULTADOS DE LA PRUEBA, MODIFICACIONES U OTRAS INSTRUCCIONES Sí No

Información recibida: \_\_\_\_\_

Información anotada y confirmada con \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del técnico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones posteriores a la inyección administrada (se aplica a todos los pacientes que reciben una inyección).  Sí  No  No se aplica

Se le informó al paciente sobre sus derechos y se le dio la oportunidad de realizar preguntas o manifestar inquietudes.  Sí  No

Se entregó el informe de transferencia al siguiente proveedor de atención. Se proporciona la lista de medicamentos, si la hay.  Sí  No  No se aplica

Si se trata de un proveedor minorista, se proporcionaron al paciente los Derechos y las responsabilidades del paciente.  Sí  No  No se aplica

¿Las llamadas de recordatorio del paciente para este sitio las realizan los miembros del equipo (TM) de Alliance?  Sí  No

Registro Médico Electrónico (EMR)

Si respondió afirmativamente a lo anterior, y esto NO se documentó en un EMR o Intergy, llene la fila siguiente.

Nombre del TM: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resumen: \_\_\_\_\_

Firma de un miembro del equipo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del técnico \_\_\_\_\_