

**FORMULARIO DE EXPLORACIÓN DE SEGURIDAD PARA  
PACIENTES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)**

Nombre \_\_\_\_\_ . Edad \_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Parte del cuerpo que se examinará \_\_\_\_\_

**Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:**

- Sí  No Clip(s) de aneurisma
- Sí  No Marcapasos cardíaco
- Sí  No Desfibrilador cardioversor implantable (ICD)
- Sí  No Implante o dispositivo electrónico
- Sí  No Implante o dispositivo que se activa de forma magnética
- Sí  No Sistema de neuroestímulo
- Sí  No Estimulador de la médula espinal
- Sí  No Electrodo(s) o cables internos
- Sí  No Implante coclear, otológico o de otro tipo
- Sí  No Dispositivo implantable de infusión de medicamentos
- Sí  No Prótesis de algún tipo (de ojo, de pene, etc.)
- Sí  No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí  No Resorte o cable de párpado
- Sí  No Extremidad artificial u ortopédica
- Sí  No Férula, filtro o espiral de metal
- Sí  No Derivación (espinal o intraventricular)
- Sí  No Puerto y/o catéter de acceso vascular
- Sí  No Semillas o implantes de radiación
- Sí  No Parche de medicamento (nicotina, nitroglicerina)
- Sí  No Lesión en los ojos causada por objeto o fragmento de metal
- Sí  No Algún fragmento u objeto ajeno de metal (por ejemplo: perdigones, balas, metralla, etc.)
- Sí  No Implante de malla de metal
- Sí  No Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc.)
- Sí  No Perno, tornillo, clavo, cable, placa, etc. de hueso o articulación
- Sí  No Prótesis dental o placas parciales
- Sí  No Tatuajes o maquillaje permanente
- Sí  No Joyas en perforaciones del cuerpo
- Sí  No Aparato auditivo (debe quitárselos antes de entrar a la sala del sistema de resonancia magnética)
- Sí  No Otro implante \_\_\_\_\_
- Sí  No Problema respiratorio o trastorno de movimiento
- Sí  No Claustrofobia
- Sí  No ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada?
- Sí  No ¿Está amamantando actualmente?

**Explique las respuestas que respondió con un Sí:** \_\_\_\_\_

**Doy fe de que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entiendo el contenido de este formulario y he podido hacer preguntas sobre la información que hay en el mismo y sobre la resonancia magnética que se me va a realizar.**

Firma de la persona que llenó el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El formulario fue llenado por:  El paciente  Un familiar  Un enfermero \_\_\_\_\_  
Escriba su nombre Parentesco con el paciente

La información del formulario fue verificada por:  Un tecnólogo de resonancia magnética  Un enfermero  Un radiólogo

**FORMULARIO DE EXPLORACIÓN DE SEGURIDAD PARA  
PACIENTES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)**

Escriba su nombre

Technologist signature