

MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE SCREENING FORM FOR PATIENTS

Date ____/____/____

Patient Number _____

Name _____
Last name First name Middle Initial

Age _____ Height _____ Weight _____

Date of Birth ____/____/____
 month day year

Male Female

Body Part to be Examined _____

Address _____

Telephone (home) (____) ____-____

City _____

Telephone (work) (____) ____-____

State _____ Zip Code _____

Reason for MRI and/or Symptoms _____

Referring Physician _____

Telephone (____) ____-____

1. Have you had prior surgery or an operation (e.g., arthroscopy, endoscopy, etc.) of any kind? No Yes

If yes, please indicate the date and type of surgery:

Date ____/____/____ Type of surgery _____

Date ____/____/____ Type of surgery _____

2. Have you had a prior diagnostic imaging study or examination (MRI, CT, Ultrasound, X-ray, etc.)? No Yes

If yes, please list: Body part Date Facility

MRI _____ /____/____ _____

CT/CAT Scan _____ /____/____ _____

X-Ray _____ /____/____ _____

Ultrasound _____ /____/____ _____

Nuclear Medicine _____ /____/____ _____

Other _____ /____/____ _____

3. Have you experienced any problem related to a previous MRI examination or MR procedure? No Yes

If yes, please describe: _____

4. Have you had an injury to the eye involving a metallic object or fragment (e.g., metallic slivers, shavings, foreign body, etc.)? No Yes

If yes, please describe: _____

5. Have you ever been injured by a metallic object or foreign body (e.g., BB, bullet, shrapnel, etc.)? No Yes

If yes, please describe: _____

6. Are you currently taking or have you recently taken any medication or drug? No Yes

If yes, please list: _____

7. Are you allergic to any medication? No Yes

If yes, please list: _____

8. Do you have a history of asthma, allergic reaction, respiratory disease, or reaction to a contrast medium or dye used for an MRI, CT, or X-ray examination? No Yes

9. Do you have anemia or any disease(s) that affects your blood, a history of renal (kidney) disease, renal (kidney) failure, renal (kidney) transplant, high blood pressure (hypertension), liver (hepatic) disease or seizures? No Yes

If yes, please describe: _____

For female patients:

10. Date of last menstrual period: ____/____/____ Post menopausal? No Yes

11. Are you pregnant or experiencing a late menstrual period? No Yes

12. Are you taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment? No Yes

13. Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments? No Yes

If yes, please describe: _____

14. Are you currently breastfeeding? No Yes

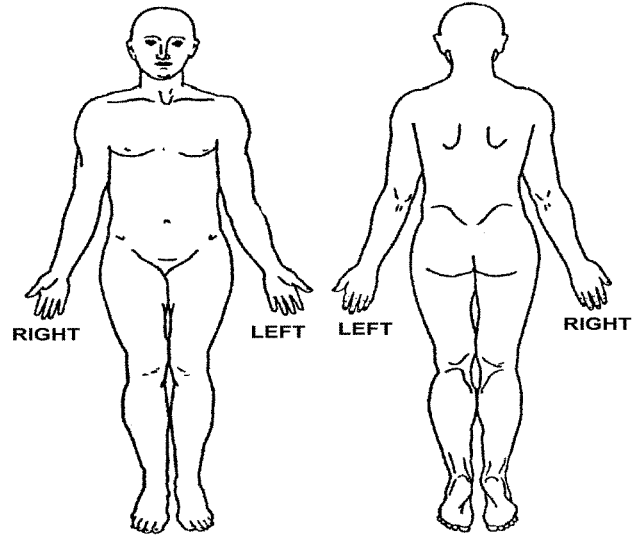


WARNING: Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MR procedure (i.e., MRI, MR angiography, functional MRI, MR spectroscopy). Do not enter the MR system room or MR environment if you have any question or concern regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist **BEFORE** entering the MR system room. The MR system magnet is **ALWAYS** on.

Please indicate if you have any of the following:

- Yes No Aneurysm clip(s)
- Yes No Cardiac pacemaker
- Yes No Implanted cardioverter defibrillator (ICD)
- Yes No Electronic implant or device
- Yes No Magnetically-activated implant or device
- Yes No Neurostimulation system
- Yes No Spinal cord stimulator
- Yes No Internal electrodes or wires
- Yes No Bone growth/bone fusion stimulator
- Yes No Cochlear, otologic, or other ear implant
- Yes No Insulin or other infusion pump
- Yes No Implanted drug infusion device
- Yes No Any type of prosthesis (eye, penile, etc.)
- Yes No Heart valve prosthesis
- Yes No Eyelid spring or wire
- Yes No Artificial or prosthetic limb
- Yes No Metallic stent, filter, or coil
- Yes No Shunt (spinal or intraventricular)
- Yes No Vascular access port and/or catheter
- Yes No Radiation seeds or implants
- Yes No Swan-Ganz or thermodilution catheter
- Yes No Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)
- Yes No Any metallic fragment or foreign body
- Yes No Wire mesh implant
- Yes No Tissue expander (e.g., breast)
- Yes No Surgical staples, clips, or metallic sutures
- Yes No Joint replacement (hip, knee, etc.)
- Yes No Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc.
- Yes No IUD, diaphragm, or pessary
- Yes No Dentures or partial plates
- Yes No Tattoo or permanent makeup
- Yes No Body piercing jewelry
- Yes No Hearing aid
- Yes No *(Remove before entering MR system room)*
- Yes No Other implant _____
- Yes No Breathing problem or motion disorder
- Yes No Claustrophobia

Please mark on the figure(s) below the location of any implant or metal inside of or on your body.



! IMPORTANT INSTRUCTIONS

Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.

Please consult the MRI Technologist or Radiologist if you have any question or concern **BEFORE you enter the MR system room.**

NOTE: You may be advised or required to wear earplugs or other hearing protection during the MR procedure to prevent possible problems or hazards related to acoustic noise.

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I read and understand the contents of this form and had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MR procedure that I am about to undergo.

Signature of Person Completing Form: _____ Date ____/____/____
Signature

Form Completed By: Patient Relative Nurse _____
Print name Relationship to patient

Form Information Reviewed By: _____
Print name Signature

MRI Technologist Nurse Radiologist Other _____

**CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA (MR)
PARA PACIENTES**

Fecha ____/____/____

Número de paciente _____

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Edad _____ Altura _____ Peso _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Varón Hembra Parte del cuerpo a ser examinada _____
 Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono (domicilio) (____) _____ - _____

Ciudad _____ Teléfono (trabajo) (____) _____ - _____

Provincia _____ Código Postal _____

Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas _____

Médico que le refirió _____ Teléfono (____) - _____

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopía, endoscopía, etc.) de cualquier tipo? No Sí
 Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

2. Anteriormente, ¿le han hecho algún estudio o exámen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)? No Sí
 Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

Parte del Cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
MRI _____	____/____/____	_____
CT/CAT _____	____/____/____	_____
Rayos-X _____	____/____/____	_____
Ultrasonido _____	____/____/____	_____
Medicina Nuclear _____	____/____/____	_____
Otro _____	____/____/____	_____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios ó procedimientos anteriores con MR? No Sí
 Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto ó fragmento metálico (e.g., astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc.)? No Sí
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: _____

5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño (e.g. perdigones, bala, metralla, etc.)? No Sí
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: _____

6. ¿Esta actualmente tomando ó ha recientemente tomado algún medicamento o droga? No Sí
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

7. ¿Es Ud. alérgico/a á algún medicamento? No Sí
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: _____

8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, ó reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X? No Sí

9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algún episodio de enfermedad de riñón, fracaso de riñón, un transplante de riñón, hipertensión, relativo al hígado ó de ataques epilépticos? No Sí
 Si respondió afirmativamente, descríbalos: _____

Para los pacientes femeninos:

10. Fecha de su último periodo menstrual: ____/____/____ En la menopausia? No Sí

11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual? No Sí

12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal? No Sí

13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad? No Sí
 Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación: _____

14. ¿Está amamantado a su bebé? No Sí

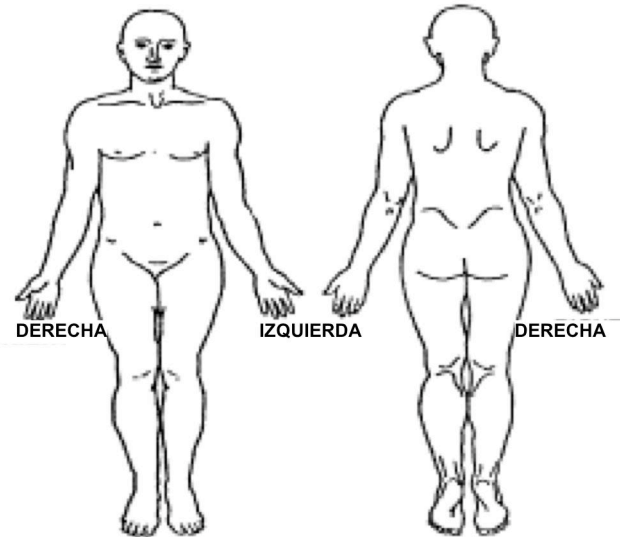


ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). **No entre** a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) de aneurisma
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí No Bomba de infusión de insulina ó similar
- Sí No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí No Muelle ó alambre del párpado
- Sí No Extremidad artificial ó protésica
- Sí No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí No Semillas ó implantes de radiación
- Sí No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
- Sí No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
- Sí No Implante tipo malla
- Sí No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí No Dentaduras ó placas parciales
- Sí No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí No Audífono (*Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
- Sí No Otro implante _____
- Sí No Problema respiratorio ó desorden del movimiento
- Sí No Claustrofobia

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audífono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala del escáner de MR.

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escáner de MR.

Atestiguo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: _____ Fecha ____/____/____
Firma

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente Enfermera _____
Nombre en letra de texto Relación con el paciente

Información revisada por: _____
Nombre en letra de texto Firma

Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Otro _____

