

HAMILTON MEDICAL CENTER

MRI HISTORIAL DEL PACIENTE Y DETECCIÓN (PATIENT HISTORY AND SCREENING)

Fecha de hoy ____ / ____ / ____ Fecha del examen ____ / ____ / ____
Today's Date Date of Exam

Nombre del paciente _____ SS # ____ / ____ / ____
Patient Name Seguridad Social

Sexo ____ Cumpleaños ____ / ____ / ____ Edad ____ Peso ____
Sex Birthday Weight Age

Dirección _____ Teléfono del trabajo _____
Address Phone # (work)

_____ Teléfono del hogar _____
Telephone # (home)

Médico _____ Síntomas _____
Doctor Symptoms

Indique el tipo y la fecha de los anteriores exámenes de resonancia magnética. <small>List below the type and date of previous MRI exams</small>	¿Tiene alguno de los siguientes? <small>Do you have any of the following:</small>	Sí	No
1. _____	Marcapasos?		
2. _____	un clip de aneurisma (s)?		
3. _____	a nuerostimulator?		
4. _____	Implante Coclear?		
5. _____	algún implante metálico?		

Enumere a continuación si usted ha tenido una cirugía luego otra cirugía dental o la radioterapia? List below if you have had surgery other then dental surgery or radiation therapy?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿Alguna vez has trabajado en un taller mecánico o entorno similar donde es posible que haya sido objeto de astillas metálicas pequeñas? Sí o No (Por favor circule uno).
 Have you ever worked in a machine shop or similar environment where you may have been subject to small metal slivers? Yes or No (Please circle one).

Alergias
Allergies: _____

¿Está embarazada
Currently pregnant: _____

 Firma del paciente (Patient Signature)

 fecha (Date)

 Firma de la persona que da el consentimiento si no es el paciente.
 Relación con el paciente: _____

 fecha (Date)

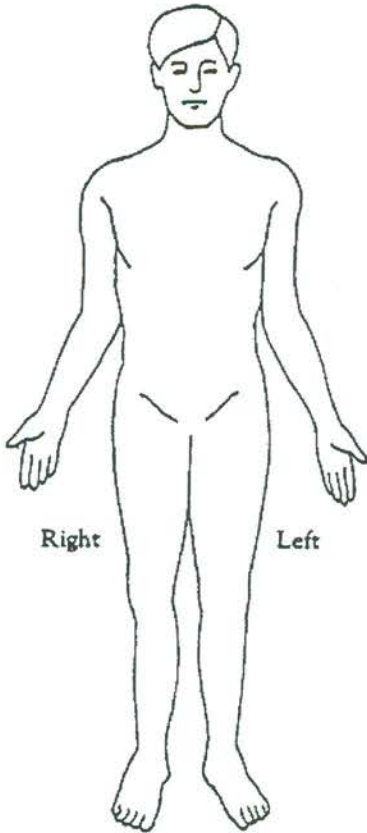
 Technologist Signature
(Scan to PACS, do not forward to Medical Records)

 Date

HAMILTON MEDICAL CENTER

MRI Historia y formulario de evaluación

Por favor, marque en el dibujo de la ubicación de cualquier metal en el interior de su cuerpo.



Los siguientes artículos pueden interferir con imágenes de resonancia magnética y algunos hasta pueden ser peligrosos para su seguridad.

Por favor, responda a cada pregunta a continuación:

- Sí / No marcapasos cardíaco
 Sí / No clips cerebrales
 Sí / No clips aórtica
 Sí / No (Neuroestimuladores ADOLESCENTES-Unit)
 Sí / No de la válvula del corazón
 Sí / No con bomba de insulina
 Sí / No Electrodo
 Sí / No Hearing Aids
 Sí / No DIU
 Sí / No Derivaciones
 Sí / No varillas de Harrington
 Sí / No Metralla
 Sí / No Dentaduras Parciales
 Sí / No astillas de metal en los ojos
 Sí / No Los implantes cocleares
 Sí / No eyeliner Tattoo
 Sí / No parches de medicación
 Sí / No ECG cables
 Sí / No catéteres insertados
 Sí / No todos los dispositivos conectados o insertados en el cuerpo
 Otros (Por favor indique otro metal)

Deleted: <sp>f

No entrar en la sala de exploración con cualquiera de los siguientes elementos: Gafas, prótesis dentales removibles, prótesis auditivas, joyas, reloj, billetera / Dinero clip, bolígrafos / lápices, llaves, monedas, cuchillo de bolsillo, cierres metálicos / botones, hebillas de cinturón, los zapatos, tarjetas de banda magnética (tarjetas de crédito, tarjetas bancarias), horquillas / broches, ganchos de metal sujetador, sujetador / faja aros, cinturón sanitario, imperdibles.

 Firma del paciente (Patient Signature)

 fecha (Date)

 Firma de la persona que da el consentimiento si no es el paciente.
 Relación con el paciente: _____

 fecha (Date)

 Technologist Signature
 (Scan to PACS, do not forward to Medical Records)

 Date