



# Formulario de Despista de Aspectos de Seguridad para Procedimiento de Resonancia Magnetica (IRM)

|              |      |                       |
|--------------|------|-----------------------|
| Nombre       |      | Fecha                 |
| Fecha de Nac | Peso | Medical Record Number |

Sí  No ¿Se ha sometido alguna vez a una operacion o procedimiento quirurgico, de cualquier tipo?  
 En caso afirmativo, favor listar todas las cirugias con sus fechas aproximades: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tenido un studio previo de diagnóstico por imagen o el examen (IRM, CT, Ultrasonido, X-ray etc.)?

| En caso afirmativo, favor describir | Parte del Cuerpo | Fecha | Facilidad |
|-------------------------------------|------------------|-------|-----------|
| IRM                                 |                  |       |           |
| CT/CAT scan                         |                  |       |           |
| X-Ray                               |                  |       |           |
| Ultrasonido                         |                  |       |           |
| Otro:                               |                  |       |           |

Sí  No ¿Se ha sometido alguna vez a un procedimiento IRM en el que haya experimentado un problema posterior?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha sufrido alguna vez una lesión causada por la introducción de un objeto metálico en el ojo (por ejemplo, astillas o virutas metálicas, otros objetos metálicos)?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha sido lesionado por un objeto/cuerpo extraño metálico (por ejemplo, bala, balin, metralla)?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está tomando o ha tomado recientemente cualquier medicamento o droga?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene alergias medicamentosas?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene usted una historia de asma, reacción alérgica, enfermedades respiratorias, o la reacción a un medio de contraste or tinte utilizado para un examen de x-ray, IRM, CT?

Sí  No ¿Tiene enemia o cualquier otra enfermedad(es) que afectan a la sangre, una historia de insuficiencia renal (enfermedad renal), or convulsiones?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

**Sólo para mujeres ...**

Sí  No ¿Es pos menopáusicas o ha tenido una histerectomía? La fecha de su último período menstrual: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada o ésta experimentando un período menstrual tardío?

Sí  No ¿Está tomando anticonceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal?

Sí  No ¿Está tomando algún tipo de medicación para la fertilidad o con tratamientos de fertilidad?  
 En caso afirmativo, favor describir: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está amamantando?

*Declaro quela información que antecedes es correcta segun mi leal saber y entender la información presentada a mí.*

Iniciales: \_\_\_\_\_

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



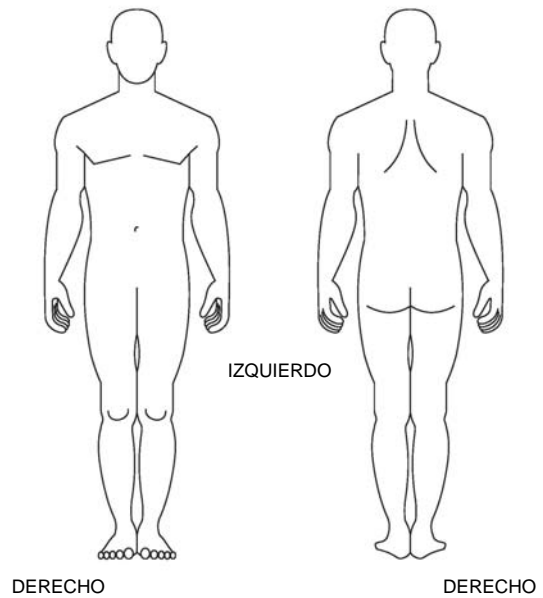
# Formulario de Despista de Aspectos de Seguridad para Procedimiento de Resonancia Magnetica (IRM)

**ALERTA:** Ciertos implantes, dispositivos u objetos que pueden ser peligrosos para used y pueden interferer con el procedimiento de IRM. NO INGRESE a la sala de IRM o el medio ambiente IRM si tiene alguno pregunta o inquietude en relación con un implante, dispositivo, o un objeto. Consulte con el técnico radiólogo antes de resonancia magnética o entrar a la sala de IRM. **EL IMÁN DE IRM ESTÁ SIEMPRE ACTIVADA.**

Para cada uno de los siguientes, debe contestor Sí o No. Favor indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- Sí  No Pinza(s) para aneurisma
- Sí  No Marcapasos cardíaco
- Sí  No Desfibrilador cardíaco implantado
- Sí  No Un implante electrónico or dispositivo
- Sí  No Implante o dispositivo que está activado magnéticamente
- Sí  No Neuroestimulador bioestimulador
- Sí  No Estimulador de la medulla espinal
- Sí  No Electrodo(s) alambre(s) interno(s) de cualquier
- Sí  No Estimulador del crecimiento/ fusión de los huesos
- Sí  No Implante coclear, otológico, u cualquier tipo de implante en el oido
- Sí  No Una bomba de perfusión de insulina or de otros
- Sí  No Implantado el dispositivo de infusion de fármacos
- Sí  No De cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí  No Valvula cardiaca artificial
- Sí  No Resorte para párado
- Sí  No Miembro artificial or prótesis (brazo, pierna, etc)
- Sí  No Stent metálico, filtro, o la bobina
- Sí  No Shunt (espinal o intraventricular)
- Sí  No Orificio de acceso vascular/catéter
- Sí  No Semillas de radiación o de los implantes
- Sí  No Swan-Ganz o catéter de termodilución
- Sí  No Parche medicamentos (nicotina, nitroglicerina)
- Sí  No Cualquier tipo de objeto metálico
- Sí  No Implante de malla de alambre
- Sí  No Expansor de tejido (por ejemplo, de mama)
- Sí  No Cualquier tipo de pinza or grapa quirúrgica
- Sí  No Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla)
- Sí  No Varilla de hueso / coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc
- Sí  No Diafragmu, DIU, pesario
- Sí  No Dentadura removable, dientes postizos o placa parcial
- Sí  No Tatuaje o maquillaje permanente
- Sí  No Joyería de la perforación del cuerpo
- Sí  No Audífono (quitar antes de entrar a sala de IRM)
- Sí  No Otros implantes \_\_\_\_\_
- Sí  No Problema de respiración o el trastorno de movimiento
- Sí  No Claustrofobia

Favor marcar en estos dibujos la ubicación de cualquier objeto metálico en el interior o en su cuerpo.



Declaro que la información que antecedes es correcta segun mi leal saber y entender la información presentada a mí.

Iniciales:

Fecha:



## Formulario de Despista de Aspectos de Seguridad para Procedimiento de Resonancia Magnetica (IRM)

### INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Antes de entrar en el medio ambiente IRM o sala de IRM, **debe quitar TODOS los objetos metálicos** como audífonos, prótesis dentales, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, anteojos, broches para el pelo, broches, joyas, perforacion corporal (body piercing), reloj, alfileres de seguridad, clips, clip de dinero, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas de banda magnética, monedas, bolígrafos, navajas, corta uñas, herramientas, ropa con cierres de metal, y ropa con hilos metálicos.

La IRM suele evitarse durante el primer trimestre del embarazo.

Si usted tiene un marcapaso, neuroestimulador, clips de aneurismas, audífonos, bomba de insulina, los implantes de oído interno, **PAREN YA** e informar al personal de radiología de inmediato.

**Por favor, consulte el técnico de IRM o radiólogo si tiene preguntas o preocupaciones ANTES DE ENTRAR en la sala de IRM**

**NOTA:** *Es posible que se le pida usar auriculares u otra protección para los oídos durante el procedimiento de IRM para evitar posibles problemas o riesgos relacionados con el ruido acústico.*

### INFORMACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE (medio para visualización radiográfica)

Como parte del examen de resonancia magnética, si su médico remitente y el radiólogo lo consideren conveniente, se le puede dar una inyección intravenosa de gadolinium, un medio de contraste utilizados en IRM. Esta inyección aumenta la precisión de la exploración para un mejor diagnóstico de su condición. Los medios de contraste gadolinium se han utilizado con seguridad en millones de casos, pero las reacciones leves (dolores de cabeza, náuseas, picazón) se producen en alrededor del 2% de los pacientes y la vida raras reacciones graves han sido reportados.

*Madres que amamantan: Hay un porcentaje muy pequeño de material de contraste que se excreta en la leche materna y es absorbido por el bebé. Los datos disponibles sugieren que es seguro continuar con la lactancia materna. Sin embargo, si tiene dudas, es posible que se abstengan de la lactancia materna durante 12 a 24 horas (expresar y desechar la leche materna).*

Iniciales:

Declaro que la información que antecede es correcta según mi leal saber y entender. He leído y comprendo todo el contenido de este formulario y he tenido una oportunidad para hacer preguntas con relación a la información incluida en el mismo.

|  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| Firma de la persona que rellena el formulario  | Imprimir su nombre       | Fecha |
| Formulario completado por:<br><input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Enfermera | Relación con el paciente |       |