

Formulario para examen de resonancia magnética (MRI) para pacientes - Parte A

Algunos factores como el peso, la complexión del paciente y el tipo de examen pueden determinar si se puede realizar el examen.

Height: _____ Weight: _____ lbs./kg.

Patient Address: _____

City, State, Zip: _____

Last Name _____

First Name _____

Date of Birth _____ Date _____

Paciente: Complete toda la información que se solicita en esta sección de casillas.

¿Tuvo algún procedimiento médico o dental que haya requerido la administración de sedantes en las últimas 24 horas? Sí No

*** Cápsula para endoscopia de intestino delgado Sí No

*** Desfibrilador cardiaco implantado (anterior o actual) Sí No

*** Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (left ventricular assist device, LVAD) (bomba cardiaca)..... Sí No

*** Expansores del tejido mamario Sí No

** Marcapasos o cables de marcapasos actuales Sí No

** Está embarazada..... Sí No

* Neuroestimulador implantado..... Sí No

* Válvulas cardiacas artificiales/endoprótesis coronarias..... Sí No

Fecha: _____ Marca: _____

Modelo: _____

* Grapas quirúrgicas/grapas vasculares/injertos/ endoprótesis/reparaciones Sí No

Tipo: _____

* Bomba para medicamentos Sí No

* Unidad de neuroestimulación eléctrica transcutánea (transcutaneous electrical neurostimulation, TENS) externa.... Sí No

* Grapas para aneurismas..... Sí No

* Colonoscopia reciente o procedimiento del sistema digestivo que incluye grapas quirúrgicas..... Sí No

* Cuerpo metálico extraño (heridas de bala, cerclaje de retina, etc.) Sí No

* Lesión ocular que incluye metal Sí No

* Cirugía previa de cerebro, ojo u oído Sí No

Respondí las preguntas anteriores con precisión. Entiendo que debo retirar todos los artículos metálicos de mi persona, incluido mi teléfono celular, antes de ingresar a la sala de MRI y que tendré acceso a un área segura para dejar mis objetos personales. Si no retiro dichos artículos, es posible que se dañen seriamente o que provoquen lesiones a otras personas o a mí mismo.
Iniciales del paciente _____

Reemplazos de articulaciones/implantes Sí No

Dispositivos ortopédicos o protésicos..... Sí No

Filtro en forma de paraguas en la vena cava..... Sí No

Pasadores en el cabello o la ropa..... Sí No

Extensiones de cabello/postizo/peluca Sí No

Aparatos de ortodoncia o resortes orales Sí No

Prótesis dentales removibles Sí No

Brillo/maquillaje de ojos permanente Sí No

Tatuajes o perforaciones en el cuerpo Sí No

Audífonos Sí No

Ropa de tela Dri Weave, Dri Fit o de tejidos que absorben la humedad Sí No

Parches para la piel con medicamento..... Sí No

Antecedentes de cáncer..... Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo? _____

¿Tiene algo en su cuerpo con lo que no haya nacido? Sí No

Si no se encuentra en la lista anterior, notifíquelo al técnico.

Enumere todas las cirugías anteriores y sus fechas:

¿Le realizaron con anterioridad algún otro estudio con imágenes relacionado con el motivo del examen de hoy? Sí No

Tipo de examen _____

Centro _____

Fecha _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

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


MRI CANNOT be performed if "Yes" is answered to triple asterisk (***) questions. Double asterisk (**) require a signed informed consent. Single asterisk (*) may require further discussion between radiologist & technologist. Document any verbal approvals on Part B.

Medical Record # / Accession #: _____ Facility Name: _____

Exam Ordered - MRI of: _____ Referring Physician _____

Diagnosis: _____

Reason for Exam/Clinical Symptoms: _____

 **Clinical Pause #1:** Correct Patient Correct Procedure Correct Body Part

Technologist Comments _____

I have reviewed this information with the patient or their legal guardian, power of attorney, next of kin, etc. and performed a clinical pause.

Technologist's Signature: _____ Date: _____

Formulario para examen de resonancia magnética (MRI) para pacientes - Parte B

Patient's preferred language for discussing healthcare

English Spanish Other _____

Last Name _____

First Name _____

Date of Birth _____ Date _____

Claustrophobic? Sí No

Did patient pre-medicate for this exam? Sí No

Does patient have a driver? N/A Sí No

Iron Deficiency being treated with Feraheme Sí No

Diabetic? Sí No

History of Epilepsy (seizures)? Sí No

Chronic Heart Disease (CHF)? Sí No

Currently Breast Feeding? Sí No

Asthma? Sí No

History of Diarrhea in past 2-3 days? Sí No

History of Falls within past 30 days? Sí No

If Yes, when _____

Allergies to any medications, food or latex? Sí No

Please List: _____

List all current medications including all prescriptions, over the counter items, ointments, vitamins, and herbals. Attach list if available.

	Taken Today	Taken Today
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient unaware of current medications Patient not on any medications

Did the patient receive an IV injection? Yes No

If yes, attachment A054 must be completed and signed.

Injection site evaluated? Yes No N/A Note appearance: _____

Post Injection Instructions given (applicable to all patients who receive an injection). Yes No N/A

Barriers to Learning Yes No

Type:

Language

Hearing

Other _____

Interventions:

Interpreter Used

Repeat Questions

Family/Significant Other

Prior to release, patient was assessed and found impaired? Yes No

If yes, supervising physician notified? Yes No

If patient refuses further assessment, notify supervising physician and team member to follow policy #5023.

Tech Comments: _____

RECEIPT OF VERBAL ORDERS, TEST RESULTS, MODIFICATIONS, OR OTHER INSTRUCTIONS Yes No

Information Received: _____

Readback confirmed with _____ Title _____ Date _____ Time _____

Technologist Signature _____ Date _____ Time _____

Radiologist Signature _____ Date _____ Time _____

Patient notified of rights and opportunity to "Speak Up" with questions or concerns. Yes No

Handoff Report given to next provider of care. Medication list provided if applicable. Yes No N/A

If retail, Patient Rights & Responsibilities provided to the patient. Yes No N/A

Patient received ear protection. Yes No

Are patient reminder calls for this site made by Team Members? Yes No EMR

If yes to above and NOT documented in an EMR or Intergy, complete row below.

Team Member Name: _____ Date: _____ Time: _____

Summary of Phone Conversation: _____

Clinical Pause #2 conducted prior to image transfer? Yes No Tech Initials _____

Team Member Signature and Title: _____

FIRMA DEL PACIENTE ABAJO SOLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.

Una vez terminado el examen, no déjé ningún objeto personal en el centro. _____