

RESONANCIA MAGNÉTICA DEL CENTRO S.A.

Diagnóstico por Imágenes

Esta planilla deberá ser completada por el paciente, familiar o médico que solicitó el estudio.

Fecha /..... /.....

- Apellido y nombre del paciente
- Fecha de nacimiento..... Peso kg..
- Período menstrual (fecha de última menstruación)
- Alergias
- ¿Qué ingirió en las últimas 4 horas?
- ¿Ha trabajado en contacto con esquiras de metal? SI NO
- Resonancias previas SI NO Fecha del examen /..... /.....
- Estudios RX previos SI NO Fecha del examen /..... /.....
- Cirugía dental previa SI NO
- Otras cirugías SI NO
 - Cabeza.....
 - Cuello.....
 - Pecho
 - Abdomen
 - Extremidades
 - Otros
- Si tiene algún otro elemento de metal en su cuerpo indicar el lugar exacto

Los elementos que se detallan a continuación INTERFIEREN o son de RIESGO en la realización de una Resonancia Magnética, por favor señalar si existen en su cuerpo

- | | | | | | |
|-----------------------------------|----|----|---------------------------------------|----|----|
| - Marcapasos | SI | NO | - Fracturas tratadas con clavos, etc. | SI | NO |
| - Clips aneurismáticos aórticos | SI | NO | - Instrumental de Harrington | SI | NO |
| - Clips aneurismáticos cerebrales | SI | NO | - Clavos de fijación | SI | NO |
| - Neuroestimuladores (cerebrales) | SI | NO | - Prótesis | SI | NO |
| - Válvula de derivación | SI | NO | - Suturas metálicas (alambres) | SI | NO |
| - Bomba de insulina | SI | NO | - Esquiras en los ojos | SI | NO |
| - Electrodo | SI | NO | - Implantes auditivos | SI | NO |
| - Audífonos | SI | NO | - Maquillaje | SI | NO |
| - DIU (detallar marca y material) | SI | NO | - Dentadura | SI | NO |
| - Shunts | SI | NO | - Otros | SI | NO |
| - Prótesis auriculares | SI | NO | | | |

No se debe ingresar al sector de Resonancia con elementos de metal magnético como:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| - Anteojos | - Prótesis dentales |
| - Audífonos | - Joyas |
| - Reloj | - Monedas |
| - Cortaplumas | - Cierres, botones metálicos. |
| - Hebilla de cinturón | - Zapatos |
| - Tarjetas magnéticas | - Hebillas, horquillas. |
| - Broches de corpiño | - Corpiños con aro |
| - Alfileres de gancho | - Lapiceras, lápices |
| - Llaves | - Pelucas, postizos |

Es MUY IMPORTANTE para su seguridad responder correctamente este cuestionario, una vez completo firmen los responsables (familiares acompañantes o médico; administrativo y técnico).

Firma del paciente

administración

firma del técnico