



Formulario previo al estudio de diagnóstico por imágenes de IRM MRI Pre-Imaging Screening Form

División de Radiología Electrónica de Cleveland Clinic
Division of Cleveland Clinic e-Radiology

Escriba en letra de imprenta y use tinta azul o negra para completar este formulario. Una vez completo, llévalo a su cita de diagnóstico por imágenes.
Please print and use blue or black ink to complete this form. Bring the completed form to your Imaging appointment.

Fecha del examen: _____
Date of Exam: _____
Nombre completo del paciente: _____
Patients Full Name: **En letra de imprenta/Please Print**
Alias o nombre legal anterior: _____
Prior legal name/alias: **En letra de imprenta/Please Print**
Fecha de nacimiento del paciente: _____
Patient date of birth
Altura _____ Peso _____ Sexo _____
Height _____ Weight _____ Sex _____

¿Alguna vez trabajó en un entorno con astillas de metal que pudieran haber ingresado o estado en contacto con los ojos o la piel?
Have you ever worked in an environment where metal slivers could have penetrated or come into contact with your eyes or skin?

Sí No No está seguro (Marque con un círculo).
Yes No Unsure (Please circle.)

Indique si se sometió a alguno de los siguientes: (Marque con un círculo).
Have you undergone any of the following: (Please circle)

Cirugía de la espalda	Sí	No	No está seguro
Back surgery	Yes	No	Unsure
Cirugía de cuello	Sí	No	No está seguro
Neck surgery	Yes	No	Unsure
Cirugía de corazón	Sí	No	No está seguro
Heart surgery	Yes	No	Unsure
Cirugía de tórax	Sí	No	No está seguro
Chest surgery	Yes	No	Unsure
Cirugía cerebral	Sí	No	No está seguro
Brain surgery	Yes	No	Unsure
Cirugía de oídos	Sí	No	No está seguro
Ear surgery	Yes	No	Unsure
Cirugía de ojo	Sí	No	No está seguro
Eye surgery	Yes	No	Unsure
Colonoscopia o endoscopia	Sí	No	(Fecha)
Colonoscopy/Endoscopy	Yes	No	(Date)

Durante la cirugía o el procedimiento médico, ¿alguna vez se utilizó un implante? Sí No No está seguro (Marque con un círculo).
During the course of a surgery/medical procedure has an implant ever been used? Yes No Unsure (Please circle)

Otra cirugía: Fecha/Tipo
Other Surgery: Date/Type

¿Alguna vez se le realizó una imagen por resonancia magnética o tomografía computada?
Have you previously had an MRI or CT scan performed?

Sí No No está seguro (Marque con un círculo).
Yes No Unsure (please circle)

Fecha y parte del cuerpo:
Date and Body part:

Indique si tiene alguno de los siguientes. (Marque con un círculo).
Do you have any of the following? (Please circle.)

Una respuesta incorrecta puede generarle un riesgo de sufrir una lesión.
An incorrect answer may put you at risk of an injury.

Sí	No	No está seguro	Marcapasos/Modelo:
Yes	No	Unsure	Pacemaker/Model:
Sí	No	No está seguro	Grapas quirúrgicas para aneurisma
Yes	No	Unsure	Aneurysm clips
Sí	No	No está seguro	Injerto de aneurisma aórtico abdominal (AAA)/Modelo:
Yes	No	Unsure	AAA Graft/Model:
Sí	No	No está seguro	Desfibrilador cardíaco implantado
Yes	No	Unsure	Implanted cardiac defibrillator
Sí	No	No está seguro	Válvula cardíaca artificial
Yes	No	Unsure	Artificial heart valve
Sí	No	No está seguro	Filtro de vena cava
Yes	No	Unsure	Vena Cava Filter
Sí	No	No está seguro	Electrodos
Yes	No	Unsure	Electrodes
Sí	No	No está seguro	Prótesis articulares
Yes	No	Unsure	Joint replacements
Sí	No	No está seguro	Tatuajes en las últimas 2 semanas
Yes	No	Unsure	Tattoos within the last 2 weeks
Sí	No	No está seguro	Embarazo o posibilidad de embarazo
Yes	No	Unsure	Pregnant/Possibility of Pregnancy
Sí	No	No está seguro	Actualmente en etapa de amamantamiento
Yes	No	Unsure	Currently breast feeding
Sí	No	No está seguro	Derivaciones o endoprótesis vasculares
Yes	No	Unsure	Shunts/Stents
Sí	No	No está seguro	Clavos óseos o articulares
Yes	No	Unsure	Bone or joint pins
Sí	No	No está seguro	Fracturas óseas con sostén de Varillas, placas, clavos, tornillos, clavijas o grapas metálicas
Yes	No	Unsure	Fractured bones supported by metal Rods, plates, pins, screws, nails or clips
Sí	No	No está seguro	Prótesis
Yes	No	Unsure	Prosthesis
Sí	No	No está seguro	Suturas metálicas
Yes	No	Unsure	Wire sutures
Sí	No	No está seguro	Esquirlas de metralla o bala
Yes	No	Unsure	Shrapnel / Bullet Fragments
Sí	No	No está seguro	Alergia al yodo o al tinte para radiografía
Yes	No	Unsure	Allergy to iodine/x-ray dye
Sí	No	No está seguro	¿Usa parches medicinales?
Yes	No	Unsure	Medicine patches/Insulin Pump/Glucose Monitor
Sí	No	No está seguro	Parches medicinales / Bomba de insulina / Monitor de glucosa
Yes	No	Unsure	Wearing hearing Aids - Must remove prior to

		Entering the MRI Scanner Room
	Sí No	Antecedentes de caídas en los últimos seis meses
	Yes No	History of fall in the last six months

Quítese todas las joyas, piercings, pinzas para el cabello, alfileres, extensiones, otros objetos y dispositivos electrónicos de su cuerpo (por ejemplo, audífonos, llaves, billetera, teléfono celular) antes de ingresar a la sala de escáneres de resonancia magnética. OSS no será responsable de los artículos que se lleven a la sala de escáneres de resonancia magnética.

Please remove all jewelry, piercings, hair clips, pins, extensions, other objects and electronic devices from your body (ex: hearing aids, keys, wallet, cell phone) prior to entering the MRI scanner room. OSS will not be responsible for items taken into the MRI Scanner Room.

La resonancia magnética es sencilla, segura e indolora. Sin embargo, debido a que usamos imanes fuertes durante el procedimiento, los objetos metálicos dentro o sobre su cuerpo pueden representar un peligro para su seguridad o para otras personas en la sala de examen de resonancia magnética, causar interferencia en las imágenes de resonancia magnética o calentarse causando molestias y posiblemente quemaduras. Revise cuidadosamente la información anterior para verificar su exactitud e integridad.

MRI is simple, safe, and painless. However, because we use strong magnets during the procedure, metal objects in or on your body can pose a danger to your safety or others in the MRI exam room, cause interference to the MRI images, or become hot causing discomfort and possibly burns. Please carefully review the above information for accuracy and completeness.

He revisado las respuestas a las preguntas de detección clínica anteriores. Son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.
I have reviewed the answers to the above clinical screening questions. They are true, correct and complete to the best of my knowledge.

_____	_____	_____	_____
Firma del paciente o tutor/ Patient/Guardian Signature	Fecha/Date	Time out completed	Firma del técnico/ Technologist Signature