

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.

Estatura: _____ Peso: _____ lbs./kg.

Dirección del paciente: _____

Ciudad, estado, C.P.: _____

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

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

¿Tuvo algún procedimiento médico/dental que requiriera la administración de sedantes en las últimas 24 horas? Sí No

*** Cápsula para endoscopia de intestino delgado Sí No

*** Desfibrilador cardiaco implantado (en el pasado o actualmente) Sí No

*** Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (LVAD), bomba cardiaca Sí No

*** Implantes mamarios Sí No

** Marcapasos o cables para marcapasos (en el pasado o actualmente) Sí No

** Neuroestimuladores implantados Sí No

** Embarazo Sí No

* Válvulas cardiacas artificiales/endoprótesis coronarias Sí No

Fecha: _____ Marca: _____

Modelo: _____

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

Tipo: _____

* Bomba para medicamentos Sí No

* Unidad de neuroestimulación eléctrica transcutánea (Tens) externa Sí No

* Grapas para aneurismas Sí No

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

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

* Lesión ocular con metal Sí No

* Cirugía de oído o de cerebro previa Sí No

Respondí las preguntas anteriores con precisión. Entiendo que debo retirar todos los artículos metálicos de mi persona, incluyendo 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 una lesión a mi persona y a otros.

Iniciales del paciente _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

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

Reemplazos de articulaciones/Implantes Sí No

Dispositivos ortopédicos o prótesis Sí No

Filtro en forma de paraguas en la vena cava Sí No

Pasadores en el cabello o en 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

Audífono removible Sí No

¿Ropa con fibras metálicas o antimicrobianas? Sí No

Parches para piel con medicamento Sí No

Antecedentes de cáncer Sí No

Si sí, ¿qué tipo? _____

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

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

Enumere las cirugías anteriores que no se hayan mencionado y sus fechas:

¿Algún otro estudio con imágenes relacionado con el motivo del examen de hoy? Sí No

Tipo de examen _____

Centro _____

Fecha _____

N.º de expediente médico/N.º de acceso: _____ Nombre de la instalación: _____

Examen solicitado: MRI de: _____ Médico que remite/Especialidad: _____

 Se llevó a cabo la pausa clínica No. 1 Sí No Diagnóstico: _____

Razones del examen/síntomas clínicos: _____

He revisado esta información con el paciente o su tutor legal, apoderado legal, pariente, etc. y he llevado a cabo una pausa clínica.

Comentarios del técnico _____

Firma del técnico: _____ Fecha: _____

MRI Patient Screening Form - Part B

Patient's preferred language for discussing healthcare

English Spanish Other _____

Last Name _____

First Name _____

Date of Birth _____ Date _____

Claustrophobic? Yes No

Did patient pre-medicate for this exam? Yes No

If yes, does patient have a driver? Yes No

Iron Deficiency being treated with Feraheme Yes No

Diabetic? Yes No

History of Epilepsy (seizures)? Yes No

Chronic Heart Disease (CHF)? Yes No

Currently Breast Feeding? Yes No

Asthma? Yes No

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

History of Falls within past 30 days? Yes No

If Yes, when _____

Allergies to any medications? Yes No

Please List: _____

Allergies to any seafood or shellfish? Yes No

Allergy to Latex? Yes No

List any medications taken today and all current medications. Include all prescriptions, over the counter items, ointments, vitamins, and herbals. Attach list if available.

Did the patient receive an IV injection? Yes No
If yes, attachment A054 must be completed and signed.

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 Alliance personnel to follow policy #5023.

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

Comments: _____

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

Information Received: _____

Readback confirmed with _____ Title _____ Date _____ Time _____

Technologist or Radiologist Signature _____ Date _____ Time _____

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

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

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 N/A

Are patient reminder calls for this site made by Alliance 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: _____

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

Team Member Signature and Title: _____

FIRMA DEL PACIENTE SÓLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.

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