NOMBRE : PESO ACTUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LBS ALTURA ACTUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN

SÍ NO

🞎🞎 Marcapasos cardíaco o desfibrilador cardioversor implantado/CIE

🞎🞎 Electrodos o cables internos

🞎🞎 Válvula cardíaca artificial, bobina, filtro y/o stent (bobina Gianturco, filtro IVC)

🞎🞎 Clip(s) de aneurisma, clips quirúrgicos, grapas o malla quirúrgica

🞎🞎 Unidad neuroestimulador-TENS, bioestimulador, estimulador del crecimiento óseo, DBS, estimulador de la médula espinal

🞎🞎 Bomba de fármaco implantada (quimioterapia, analgésico)

🞎🞎 Bomba de fármaco externa (insulina u otro medicamento)

🞎🞎 Hardware postquirúrgico implantado (pasadores, varillas, tornillos, placas, cables)

🞎🞎 Ojo artificial y/o resorte de párpados

🞎🞎 Lesión ocular de un objeto metálico (virutas metálicas, astillas metálicas)

🞎🞎 Implante de oído (coclear), implante del oído medio, audífonos

🞎🞎 Cualquier tipo de implante sostenido en su lugar por un imán

🞎🞎 Herido por un objeto metálico (metralla, bala, BB) y requirió atención médica

🞎🞎 Parche de medicación (nitroglicerina, nicotina, anticonceptivo, estrógeno)

🞎🞎 Válvula de presión ajustable y programable Shunt o Sophy

🞎🞎 Dispositivo de fijación espinal, fusión espinal y/o chaleco de halo, estimulador de la médula espinal

🞎🞎 Expansor de tejidos (mama), Pessary, DIU, Diafragma

🞎🞎 ¿Estás embarazada o amamantando?

🞎🞎 Implante de pene

🞎🞎 Perforación corporal, tatuaje o maquillaje permanente

🞎🞎 Implantes# y fabricante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎🞎 Claustrofobia

🞎🞎 Cirugía reciente en la parte del cuerpo que se está escaneando

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas, discuta cualquier inquietud y/o problema que pueda tener con el tecnólogo o radiólogo de MR.

Instrucciones para el Paciente, Padre, Tutor:

1. Retire TODAS las joyas, todas las joyas perforadoras del cuerpo, y todos los accesorios para el cabello.
2. Retire dentaduras postizas, dientes falsos, placas dentales parciales, retenedores, audífonos y anteojos.
3. Retire TODA la ropa espera ropa interior y cámbiese a los exfoliantes proporcionados.
4. Bloquee suropa, objetos de valor y todos los aparatoselectrónicos en el casillero siempre que se almacenen y bloqueen de forma segura durante su examen.
5. Asegúrese de recibir un par de tapones para los oídos y/o auriculares antes de que comience el examen por RMN. Algunos pacientes pueden encontrar los niveles de ruido inaceptables, y los niveles de ruido pueden afectar su audición.

Atestigua que la información anterior es correcta hasta donde yo sé. He leído y entiendo todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario.

Fecha de firma del paciente/padre/tutor

Fecha/hora de la firma del tecnólogo MR

ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE DE RMN / CONSENTIMIENTO INFORMADO



Su médico le ha remitido a nuestro centro de imágenes para un examen deresonancia magnética (RM) que requiere una inyección de contraste deRMN basada en gadolinio. El contraste mejora la visualización de los tejidos para ayudar a diagnosticar una afección médica.

Los riesgos del contraste de gadolinio sonraros, pero pueden incluir los siguientes:

* Reacción alérgica, náuseas, dolor de cabeza, mareos, sabor metálico en la boca, hormigueo en el brazo, sensación de dolor de espalda ycalor.
* La inserción de la aguja puede causar dolor leve, hematomas y/o infección en el lugar de la inyección.
* Fibrosis sistémica nefrogénica (NSF). Los pacientes con insuficiencia renal grave o en diálisis podrían estar en riesgo de desarrollar NSF, una rara condición fibrosa de la piel y tejidos conectivos que puede inhibir su capacidad de moverse, afectar negativamente a otros órganos y puede ser potencialmente mortal. Si le han diagnosticado insuficiencia renal o está recibiendo tratamientos de diálisis, informe al tecnólogo.

Alternativas al contrasteintravenoso: Una resonancia magnética sin contraste u otras pruebas puede ser posible; sin embargo, tales procedimientos pueden no producir el mismo resultado diagnóstico logrado mediante la utilización de agentes de contraste intravenosos.

Por favor, responda lo siguiente:

SÍ NO

🞎🞎 Cáncer, Tipo(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎🞎 ¿Enfermedad renal, diabetes y/o diálisis? Siguiente tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎🞎 Enfermedad hepática

🞎🞎 Reacción alérgica al contraste de RMN (basado en gadolinio), lo que sucedió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Al firmar y salir con este formulario, confirmo:*

* He leído y entendido la información proporcionada en este formulario, incluidos los riesgos descritos anteriormente, incluido el NSF.
* He recibido una copia de la Guía de Medicamentos, aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, para el agente de contraste de gadolinio que se administrará.
* Autorizo y consiente una resonancia magnética con contraste de gadolinio intravenoso.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

PADRE O TUTOR: (si el paciente no puede firmar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_