


01. Do you have any of the following:

HEART PACEMAKER	Y ___ N ___	COCHLEAR IMPLANTS	Y ___ N ___
HEART DEFIBRILLATOR	Y ___ N ___	INJURY FROM METAL OBJECT IN EYES	Y ___ N ___
BRAIN ANEURYSM CLIPS	Y ___ N ___	DEEP BRAIN STIMULATOR	Y ___ N ___
COIL, FILTER, STENTS	Y ___ N ___	VAGAL NERVE STIMULATOR	Y ___ N ___

 **IF** you have selected YES to any of the questions above. Please inform MRI personnel **IMMEDIATELY!**

02. Do you have any of the following:

Internal Electrodes or Wires	Y ___ N ___	Electronic / Mechanical Implant	Y ___ N ___
Artificial Eyes	Y ___ N ___	Implanted Pump (insulin, baclofen, chemo)	Y ___ N ___
Eyelid Spring	Y ___ N ___	Implants Held by Magnets	Y ___ N ___
Ear Implant	Y ___ N ___	Body Piercing	Y ___ N ___
Hearing Aids	Y ___ N ___	Tattoos / Tattooed Eyeliner	Y ___ N ___
Removable Dentures / Partial Plates	Y ___ N ___	Metallic Objects (shrapnel, bullet, BB)	Y ___ N ___
Neuro / Biostimulator	Y ___ N ___	Radiation Seeds	Y ___ N ___
Artificial Limbs / Joints	Y ___ N ___	Medication Patch	Y ___ N ___
Intravenous Access Port	Y ___ N ___	Surgical Mesh	Y ___ N ___
Shunt (programmable)	Y ___ N ___	Tissue Expander	Y ___ N ___
Bone Stimulator / Nerve Stimulator	Y ___ N ___	Penile Implant	Y ___ N ___
Artificial Heart Valve	Y ___ N ___	Diaphragm / IUD / Pessary	Y ___ N ___
Surgical Clips or Skin Staples	Y ___ N ___	PillCam (Capsule Endoscope within last 30 days)	Y ___ N ___
Implanted Items (pins, screws, rods, etc)	Y ___ N ___	Miscellaneous Implant(s)	Y ___ N ___

03. (a) Are you experiencing decreased kidney function or kidney failure? Y ___ N ___ If yes, please complete section (b)

(b) Are you undergoing dialysis? Y ___ N ___ If yes, date of next dialysis treatment: _____

04. (a) Are you pregnant or suspect pregnancy? Y ___ N ___ Date of last menstrual period: _____

(b) Are you breast feeding? Y ___ N ___

05. Have you ever had a surgical operation or procedure? Y ___ N ___ If yes, list surgeries: _____

06. Have you ever been injured by a metal object? Y ___ N ___ If yes, explain: _____

07. What is your approximate weight? _____ lbs. _____ kilos

Patient Signature

Date

Parent / Guardian Signature

Relationship

Date

FOR MRI OFFICE USE ONLY

MRI Safety Qualified Representative Signature
Preliminary Review - Level 1 or 2 Personnel

MRI Safety Qualified Representative Signature
Final Review - Level 2 Personnel Only



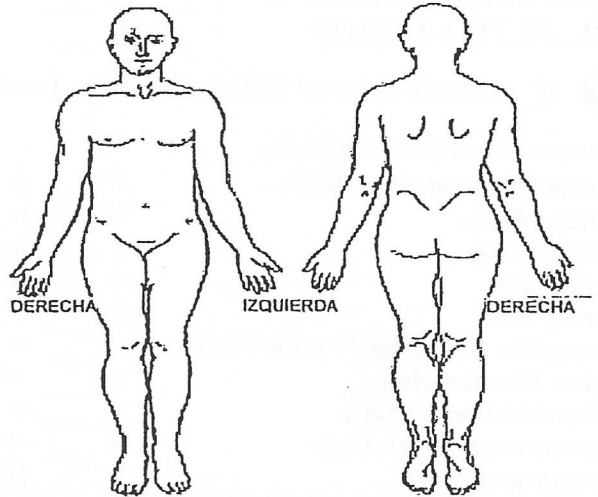
ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). No entre a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI **ANTES** de entrar a la sala del escáner de MR. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) de aneurisma
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí No Bomba de infusión de insulina ó similar
- Sí No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí No Muelle ó alambre del párpado
- Sí No Extremidad artificial ó protésica
- Sí No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí No Semillas ó implantes de radiación
- Sí No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución

- Sí No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
- Sí No Implante tipo malla
- Sí No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí No Dentaduras ó placas parciales
- Sí No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí No Audifono (*Quiteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
- Sí No Otro implante _____
- Sí No Problema respiratorio ó desorden del movimiento
- Sí No Claustrofobia

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audifono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda **ANTES** de entrar a la sala de escáner de MR.

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escáner de MR.

Atestiguo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: _____ Fecha ____/____/____
Firma

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente Enfermera _____
Nombre en letra de texto Relación con el paciente

Información revisada por: _____
Nombre en letra de texto Firma

Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Otro _____