

MRI Cuestionario

<u>SI</u>	<u>NO</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un marcapasos (Pacemaker)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene aneurisma sujeta/Donde _____ Cuando _____(Aneurysm Clip)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de cuerpo extraño de metralla o bala (Bullet)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A tenido metal o le an removido metal de sus ojos (Metal In Eyes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A trabajado con metal, soldando, o moliendo (Metal Work)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un desfibrilador cardiaco implantado (Cardiac Defibrillator)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene Un Estimulador De nervios (Neurostimulator)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de electrodos internos incluyendo: (Electrodes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paso alambra, injerto de la coclea (Cochlear Implant)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de estimulador (Biostimulator) Tipo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bomba implantada de insulina (Insulin Pump)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bomba implantada de infusion para droga (Infusion Pump)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de injerto tenido por un iman (Magnet)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de metal electronico, mecanico, o magnético (Implants)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene dentaduras (Dentures)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un audifono (Hearing Aid)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta usted embarazada (Pregnant)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un Cateter de Cisn-Ganz (Swan-Ganz)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene chaleco de aureola o dispositivo cervical metalico (Cervical Device)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de rollo de intravascular, de filtro o de stent (Stent)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un miembro o coyuntura artificiales (Artificial Joint)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene tatuajes (Tattoos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un aparato intrauterino o viafragma (IUD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene pesario (Pessary)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alambre malla (Wire Mesh)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun articulo ortopedico implantado (Orthopedic Items)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene pesas conectadas de cualquier tipo (Weights)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene aretes en su cuerpo Donde: _____ (Piercing)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algun tipo de grapa (Staple)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene valvula en el Corazon (Heart Valve)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas de los riñones

Yo testigo que la informacion es correcto, yo he leído y he entendido el contenido entero de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la informacion en esta forma.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma Del Testigo: _____ Fecha: _____