

# Informaciones / Preguntas sobre MRI



Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Dado que la imagen resonancia magnetica esta hecho con campo magnético muy fuerte, se lleva a cabo, deben ser determinados metales dentro o fuera de su cupero. Por el campo magnético puede ser, que los Aparatos electrónicos y chip sean fuera de funcionamiento o destruidos (rotos).

Por estas razones, hemos adoptado preguntas, que usted nos deben porfavor responder y confirmar por escrito.

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • <b>Contribuyen a uno de los objetos dentro o fuera de su cuerpo?</b>  |                          |                          |
| <b>marcapasos / neurosimulador / bomba de insulina</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| audifono / implante coclear   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protesi dental / Puente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piercing / Tatuajes / Maquillaje fijo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| metálicos (TP, Clips, Tornillos, Planchas.....) en ese caso, a donde?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <b>Usted ha tenido placas metalicas o heridas de disparo?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <b>Está usted operada en el corazón o en la cabeza?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <b>Tiene alergias a los medicamentos? Qual?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <b>Toma uno de los siguientes medicamentos? (para diluir la sangre)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcoumar   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Plavix  | <input type="checkbox"/> |                          |
| Sintrom   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Xarelto   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Heparin   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Aspirin Cardio  | <input type="checkbox"/> |                          |
| • <b>Sufre usted de agrofobia?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (En ese caso, podemos darle Dormicum-spray para tranquilizar. Pero despues no podrá en las siguientes 12 horas conducir sola, tendra que ser acompañada!) |                          |                          |
| • <b>Para señoras: Está usted o podría estar embarazada?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Tiene intención de hacerse el pecho? (mammaumentación)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## IMPORTANTE

Porfavor quítese todos los siguientes objetos: Relojes, Joyas, Mondero, Gafas, Protesi dental, Pinzas o Orquillas, Audifono. Tarjetas de crédito y Tarjetas con cinta magnética pueden ser descargadas. Porfavor déjelas en la cabina (vestuario), donde podrá cerrar con llave!

Quítese toda la ropa excepto calzoncillo o braga (también sujetador debe quitarselo) y poncasé el camisón azul. Tiene usted alguna pregunta o dudas? Pregunte al personal especializado.

He entendido las informaciones y contestado todas las preguntas escrupulosamente.

Visum Sekretariat / MPA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visum MTRA \_\_\_\_\_