

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kilos. Altura: \_\_\_\_\_ cm.

Usted se está por realizar un examen de resonancia magnética. El escáner de resonancia utiliza campos magnéticos extremadamente fuertes. Esto podría producir calentamiento, movimiento o corrientes eléctricas en cualquier metal, y podría ser potencialmente peligroso si tiene ciertos objetos metálicos dentro o sobre usted.

Para su seguridad le solicitamos que complete este formulario con precisión y cuidado

1. ¿Está embarazada? 

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Tiempo de embarazo en semanas \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene algún objeto de metal o que pueda contener metal dentro o sobre su cuerpo?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Marque a continuación sólo si contestó afirmativamente en la pregunta 2.

Marcapasos cardíaco	Bomba de infusión de insulina
Prótesis de válvula cardíaca	Dispositivo de infusión de fármacos implantado, Parche de medicación
Desfibrilador automático implantado (ICD)	Sonda de alimentación con punta de metal
Válvula de derivación ventrículo-peritoneal: Programable <input type="checkbox"/> No programable <input type="checkbox"/>	Semillas o implantes de radioterapia
Clip de aneurisma	Clavija de hueso / articulación, tornillo, clavo, alambre, placa
Stent, filtro o bobina magnéticos	Prótesis de cualquier tipo (ojo, pene, etc.)
Implante o dispositivo electrónico	Grapas quirúrgicas, clips
Neuroestimulador	Piercing
Estimulador de crecimiento óseo/ fusión ósea	Maquillaje permanente o delineador de ojos
Implante coclear	Dentaduras postizas, placas parciales o aparatos ortopédicos
Audífono	Tatuaje
Objeto o fragmento metálico en el ojo	Otro:
Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño que pueda contener metal	

En caso de implantes o dispositivos electrónicos, perdigones, esquirlas metálicas, balas, parches de medicación elementos quirúrgicos, indique el lugar en dónde lo tiene y se ha realizado estudios de resonancia posteriormente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antes de entrar en la sala del sistema de RM, se debe quitar todos los objetos que incluyen audífonos, dentaduras postizas, placas parciales, llaves, buscapersonas, teléfonos celulares, anteojos, horquillas para el cabello, joyas, piercing, relojes, clips, tarjetas bancarias, tarjetas con banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja, cortaúñas, herramientas, ropa con cierres metálicos y ropa con hilos metálicos, etc.**

Firma del paciente/ padre/ tutor \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_