

La Resonancia Magnética (MRI) es completamente no invasiva. Puede ser relativamente ruidosa, así que se le proporcionará una protección auditiva. La resonancia magnética utiliza un fuerte campo magnético y ondas de radio. Para evitar cualquier riesgo de efectos adversos o lesiones, por favor complete este formulario y entréguelo al Operador del escáner de resonancia magnética antes de entrar en la sala de resonancia magnética. También tendrá que quitarse todos los objetos metálicos, por ejemplo, audífonos, dentaduras postizas, horquillas, joyas y joyas para perforar el cuerpo, llaves, teléfono móvil, gafas, reloj, cartera y ropa con cierres metálicos.

<b>APELLIDO:</b>	<b>Nombre :</b>		Sexo :	
Fecha de nacimiento:	Altura :           cm	Peso :           kg	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro	

Alguna vez se ha hecho usted una <b>resonancia magnética</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si es sí, ha habido algún <b>problema</b> durante o después de la exploración?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted algún <b>objeto o fragmento metálico</b> en su cuerpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted una <b>pinza</b> o una <b>bobina</b> para aneurisma?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted o podría tener algún objeto metálico o un fragmento en el <b>ojo</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En su trabajo ha sido usted expuesto a <b>fragmentos metálicos</b> (metal industria, molienda, soldadura, etc.)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted un <b>marcapasos</b> cardíaco o un <b>desfibrilador</b> cardioversor implantado (DCI)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted una <b>bomba de insulina</b> o otro dispositivo de infusión de drogas implantado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted un <b>implante coclear</b> o otro tipo de <b>implante</b> en el oído, algún sistema de <b>neuroestimulación</b> , o cualquier otro <b>implante</b> o <b>dispositivo</b> electrónico o magnético?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted algún <b>electrodo</b> o <b>cable interno</b> , un <b>puerto de acceso vascular</b> , un <b>catéter</b> , o un <b>dispositivo</b> similar en su cuerpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted una prótesis de válvula cardíaca, miembro artificial o prótesis, stent metálico o filtro? Tiene usted un reemplazo de articulación, placa ósea, tornillo, clavo o alambre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted algún otro tipo de <b>implante</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tenido usted alguna <b>operation cirucica</b> en los ultimos seis meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted algún <b>dispositivo intrauterino (DIU)</b> , <b>diafragma</b> o <b>pesario</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esta usted <b>embarazada</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sufre usted de <b>claustrofobia</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Puede usted <b>acostarse de espaldas</b> durante un largo periodo sin problemas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted algún <b>audífono</b> , <b>dentaduras postizas</b> o <b>placas parciales</b> , <b>aparatos ortopédicos</b> , metálicos o algún <b>alambre de sujeción</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted algún un <b>parche de medicación</b> (nicotina, nitroglicerina, ...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene usted <b>tatuajes</b> , <b>maquillaje permanente</b> o alguna joya tipo <b>piercing</b> corporal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Fecha :	Firma del participante :
---------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado	Fecha :	Firma del operador :
---	---------	----------------------