FORMULARIO DE PROCEDIMIENTOS DE RESONANCIA MAGNETICA (IRM)

For Inpatients: Please complete this form with the patient and/or the patient's family and have them sign the form. Please fax to Kennestone #35593, Cobb #3511. At Douglas, please place on chart.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ Peso del Paciente _____

Por favor indique cualquier alergia que pueda tener: _____

Advertencia: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos para usted en el área de RM o en la sala de exploración de RM. No entre al área de RM o a la sala de exploración de RM si usted tiene preguntas o dudas relacionadas a un implante, dispositivos u objetos.

Por favor responda SI o NO a todas las siguientes preguntas. Si usted ha respondido SI a cualquiera de los siguientes puntos NO entre hasta que no hable con el personal de IRM.

SI	NO		SI	NO	
		Marcapasos o Desfibrilador Implantado			Expansor del tejido del seno
		Clips para Aneurismas			Aparatos auditivos
		Estimulador - Neurológico, Columna, Hueso, Gástrico			Válvula cardiaca artificial
		Implante activado electrónica o magnéticamente			Implante peniano
		Implante Auditivo u Ocular			Parche transdérmico
		Metal en sus ojos alguna vez			Esmalte de uñas magnético
		Esquirlas			Tatuaje o maquillaje permanente
		Estent, bobinas o filtro			Tatuaje de neón
		Derivación			Perforaciones corporales
		Píldora Cámara			Dentaduras magnéticas
		Bomba implantada - Dolor o Insulina			Cirugías anteriores
		Embarazada o amamantando			Mastocitosis
		Antecedentes de enfermedad renal			Claustrofobia
		Usando actualmente prendas antimicrobianas			

Doy fe de que la información anterior es correcta en la medida de mi conocimiento. He leído, me han leído y/o explicado y he entendido completamente el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información del mismo. Por medio de la presente solicito y autorizo voluntariamente la realización de los procedimientos practicados.

Firma del paciente _____ Fecha _____ Relación con el paciente _____

Firma del/la enfermero (a) _____ Fecha / Hora _____ Firma del técnico _____ Fecha / Hora _____

Solo para pacientes embarazadas:

Entiendo que el procedimiento descrito implica el uso de ondas de radiofrecuencia (IRM). Hasta la fecha, no ha habido ninguna indicación de que el uso de la RM en el uso clínico durante el embarazo haya producido defectos dañinos de nacimiento. Entiendo los riesgos potenciales, y que los efectos secundarios si estoy embarazada son poco probables, pero indeterminados. He sido informada de las opciones alternativas de diagnóstico disponibles (si existen) y autorizo a realizar el procedimiento que será practicado.

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del técnico _____ Fecha / Hora _____

WellStar

- ❒ AMC
- ❒ AMC South
- ❒ Cobb
- ❒ Douglas
- ❒ Kennestone
- ❒ North Fulton
- ❒ Paulding
- ❒ Spalding Regional
- ❒ Sylvan Grove
- ❒ WGMC
- ❒ Windy Hill
- ❒ WMG

MRI Screening Form - Spanish