

Formulario para examen de resonancia magnética (MRI) para pacientes - Parte A

Algunos factores como el peso, la complejidad del paciente y el tipo de examen pueden determinar si se puede realizar el examen.

Ficha técnica del paciente o número de acceso

Paciente: Complete toda la información que se solicita en esta sección de casillas.

Nombre del paciente (apellido, nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Fecha del examen: _____

Ciudad, estado, C.P.: _____ Peso declarado del paciente: _____ lbs/kgs Estatura: _____

Enumere las cirugías anteriores y sus fechas: _____

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| *** Cápsula para endoscopia de intestino delgado..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Está amamantando?..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| *** Desfibrilador cardiaco implantado (anterior o actual)..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | * Antecedentes de caídas durante los últimos 30 días..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| *** Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (LVAD) (bomba cardiaca)..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es afirmativa, especifique la fecha de la caída más reciente _____ | | |
| *** Expansores del tejido mamario..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Asma o enfermedad coronaria crónica, insuficiencia cardiaca congestiva (CHF)..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ** Marcapasos o cables para marcapasos (anteriores o actual)..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Filtro en forma de paraguas en la vena cava..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ** Neuroestimulador implantado..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Antecedentes de cáncer..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ** Embarazada..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Si sí, ¿qué tipo? _____ | | |
| * Grapas para aneurismas..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Reemplazos de articulaciones/implantes..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Colonoscopia reciente o procedimiento del sistema digestivo que incluye grapas quirúrgicas..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dispositivos ortopédicos o protésicos..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| (Es probable que sea necesario tomar radiografías si existe la posibilidad de que haya grapas gastrointestinales) | | | Epilepsia (ataques)..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Grapas quirúrgicas/grapas vasculares /injertos /endoprótesis/reparaciones..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Claustrofobia..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tipo: _____ | | | Pasadores en el cabello o la ropa..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Bomba para medicamentos..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Extensiones de cabello/postizo/peluca..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Unidad de neuroestimulación eléctrica transcutánea (Tens) externa..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Aparatos de ortodoncia o resortes orales..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Cuerpo metálico extraño (heridas de bala, cerclaje de retina, etc.)..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Prótesis dentales removibles..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Lesión ocular que incluye metal..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Brillo/maquillaje de ojos permanente..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Cirugía previa de cerebro u oído..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tatuajes o perforaciones en el cuerpo..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * ¿Recibe tratamiento para la gota?..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Audífonos removibles..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| * Válvulas cardiacas artificiales/endoprótesis coronarias..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Parches para la piel con medicamento..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa: | | | Antecedentes de diarrea en los últimos 2 a 3 días..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha: _____ Marca: _____ | | | Ferropenia tratada con Feraheme..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Modelo: _____ | | | Antecedentes personales de diabetes..... | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Respondí las preguntas anteriores con precisión. Entiendo que debo retirar todos los artículos metálicos de mi persona antes de ingresar a la sala de MRI y que tendré acceso a un área segura para dejar mis objetos personales. Si no retiro dichos artículos, es posible que se dañen o que provoquen una lesión a mi persona y a otros.

Iniciales del paciente _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Parentesco: _____

¿Algún otro estudio con imágenes relacionado con el motivo del examen de hoy?..... Si No

Tipo de examen _____

Centro _____

Fecha _____

La resonancia magnética (MRI) NO PUEDE realizarse si responde afirmativamente a las preguntas con tres asteriscos (***). Para las preguntas con dos asteriscos (**) se requiere contar con un consentimiento informado firmado. Es posible que para los elementos marcados con un asterisco (*) se requiera un mayor análisis por parte del radiólogo y el técnico. Documentar cualquier aprobación verbal en la Parte B.

N.º de expediente médico/N.º de acceso: _____ Nombre del centro: _____

Examen solicitado: MRI de: _____ Médico que remite/Especialidad: _____

Diagnóstico: _____

Razones del examen/síntomas clínicos: _____

He revisado esta información con el paciente o su tutor legal, apoderado legal, pariente, etc. y he llevado a cabo una pausa clínica.

Firma del técnico: _____ Fecha: _____

MRI Patient Screening Form - Part B

Patient Label or Accession Number

Patient Name (Last, First): _____

Date of Birth: Date: _____

Did the patient receive an IV injection? Yes No If yes, attachment A054 must be completed and signed.



Clinical pauses conducted prior to exam **AND** prior to image transfer.

Tech Initials _____

Patient's preferred language for discussing healthcare:

English Spanish Other _____

Is the patient allergic to any medications, seafood, shellfish, or latex?

Yes No If Yes, please list:

1 _____ 4 _____
2 _____ 5 _____
3 _____ 6 _____

Barriers to Learning

Yes No

Type:

Intervention:

Language

Interpreter Used

Hearing

Repeat Questions

Other _____

Family/Significant Other

List any medication(s) the patient has taken today and all current medications:

(Include birth control and over the counter, ointments, herbals, vitamins, etc.)

1 _____ 6 _____
2 _____ 7 _____
3 _____ 8 _____
4 _____ 9 _____
5 _____ 10 _____

Did the patient self-medicate for today's procedure?

Yes No

If yes, do they have a driver? Yes No

Patient unaware of current medications Patient not on any medications

Prior to release, patient was assessed and found impaired? Yes No If yes, supervising physician notified? Yes No

If patient refuses further assessment, notify supervising physician and Alliance personnel to follow policy #5023.

Injection site evaluated? Yes No N/A Note appearance: _____

Comments: _____

RECEIPT OF VERBAL ORDERS, TEST RESULTS, MODIFICATIONS, OR OTHER INSTRUCTIONS Yes No

Information Received: _____

Readback confirmed with _____ Title _____ Date _____ Time _____

Technologist or Radiologist Signature: _____ Date _____ Time _____

Post Injection Instructions given (applicable to all patients who receive an injection).

Yes No N/A

Patient notified of rights and opportunity to "Speak up" with questions or concerns.

Yes No

Handoff Report given to next provider of care. Medication list provided if applicable.

Yes No N/A

If retail, Patient Rights & Responsibilities provided to the patient.

Yes No N/A

Patient received ear protection.

Yes No

Are patient reminder calls for this site made by Alliance Team Members?

Yes No EMR

If yes to above and NOT documented in an EMR or Intergy, complete row below.

Team Member Name: _____ Date: _____ Time: _____

Summary: _____

Technologist Comments: _____

Team Member Signature and Title: _____

FIRMA DEL PACIENTE SOLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.

Una vez terminado el examen, no déje ningún objeto personal en el centro. _____