



THE MOUNT SINAI HEALTH SYSTEM

Mount Sinai West

Mount Sinai Beth Israel

New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai

Mount Sinai Outpatient Faculty Practices

Mount Sinai Hospital
Mount Sinai Queens

Mount Sinai St. Luke's

Mount Sinai Brooklyn

Nombre [Name]: _____

Fecha de Nac.[DOB]: ___/___/___ Género[Gender]: H/M

Nº Historia Clínica [MRN]: _____

Sitio [Location]: _____

Médico [Physician]: _____

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA CUESTIONARIO PARA PACIENTES QUE SE HARÁN PRUEBAS POR IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MAGNETIC RESONANCE IMAGING, MRI)

INSTRUCCIONES: Responda cada pregunta a continuación. Sus respuestas nos permitirán determinar su elegibilidad para que se le haga un escaneo mediante imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI). Cada casilla se debe marcar de **manera individual**: por favor, no trace una línea hacia abajo en toda la columna.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Tiene usted un marcapasos , un desfibrilador cardioversor automático implantable (<i>automatic implantable cardioverter defibrillator, AICD</i>), cables de marcapaso interno, derivaciones de electrocardiograma (EKG) o un monitor Holter ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Tiene usted un estimulador implantado (que incluye un estimulador del crecimiento óseo , estimulador de la médula espinal o un implante coclear u otro implante de oído) o una bomba de infusión de medicamentos ? |
| | | Si la respuesta es "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores es necesario que el proveedor hable al respecto con el personal de radiología antes de proceder. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Ha tenido una cirugía cerebral o tiene grapas metálicas (grapas para aneurisma) en su cabeza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Alguna vez se ha hecho una cirugía ocular o se le han colocado implantes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Alguna vez ha trabajado cerca de un torno metálico , se le han introducido virutas o fragmentos de metal en los ojos o ha tenido una lesión por esquirlas (guerra o disparo) en cualquier parte de su cuerpo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Se le ha colocado algún dispositivo (p. ej., endoprótesis (stent) , filtro , bobina o catéter/puerto vascular) en sus vasos sanguíneos?
6a. Si tiene una endoprótesis, ¿es con liberación de fármacos ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Tiene usted un implante expansor de tejido ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene usted una válvula cardíaca reemplazada , otra prótesis o cualquier otro implante quirúrgico ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Tiene usted algún tatuaje , maquillaje permanente o perforaciones ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Usa aparatos auditivos , en el conducto auditivo o en la superficie? (<i>Quítelos antes de ingresar a la sala</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Indique cualquier otro tipo de metal que tenga dentro o sobre su cuerpo: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Usa un parche transdérmico para administrar medicamentos (p. ej., nitroglicerina, nicotina, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Tiene enfermedad renal/de los riñones , enfermedad hepática o diabetes ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Tiene alguna alergia ? Si su respuesta es sí, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Es claustrofóbico (siente miedo en los lugares cerrados o los lugares estrechos)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Está usted usando un dispositivo de identificación de radiofrecuencia (Radiofrequency ID Device, RFID) (normalmente es una pulsera en un paciente hospitalizado)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Si es mujer, ¿está usted (o podría estar) embarazada o está amamantando ? |
| | | 18. Edad del paciente: _____ años |
| | | 19. Peso aproximado del paciente: _____ (libras) y estatura del paciente: _____ (pies-pulgadas) |

PRECAUCIÓN: No ingrese a la sala del sistema de resonancia magnética (*magnetic resonance, MR*) o al entorno de MR si tiene alguna pregunta o inquietud respecto a un implante, dispositivo u objeto. Consulte con el tecnólogo de MRI o el radiólogo ANTES de ingresar a la sala del sistema de MR. **El imán de MR SIEMPRE está activo.**

20. Escriba su nombre en letra Paciente Médico
 nombre en letra NOMBRE ESCRITO Familiar Otro:
 de molde, firme, **X** _____ / _____ / _____ : _____
 ponga la fecha y FIRMA FECHA HORA
 la hora

FOR PATIENTS REQUIRING ASSISTANCE WITH QUESTIONNAIRE				MRI EMPLOYEE REVIEWING RESPONSES FOR RADIOLOGY				
<input type="checkbox"/> Information corroborated by chart history (required)				<input type="checkbox"/> Checklist reviewed and any positive responses addressed/reconciled (required)				
NAME OF INDIVIDUAL ASSISTING PATIENT		DATE / /		NAME OF INDIVIDUAL ASSISTING PATIENT		DATE / /		
SIGNATURE		TIME : am pm		SIGNATURE		TIME : am pm		
<input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> Other:				<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> Other:				
FOR PATIENTS RECEIVING CONTRAST (TO BE COMPLETED IN RADIOLOGY)								
RENAL FUNCTION <input type="checkbox"/> Check if drawn as POCT in Radiology				CONTRAST AGENT		SITE	VOLUME	RATE
DRAWN ON		REVIEWED ON		RESULTS		mL		mL/s
Date / /		Date / /		eGFR mL/min/1.73 m ² NonAA AA		OUTCOME: <input type="checkbox"/> Routine Injection		} See electronic / supplementary documentation for details
Time : am pm		Time : am pm		Cr mg/dL		<input type="checkbox"/> Contrast Reaction		
						<input type="checkbox"/> Extravasation		
						<input type="checkbox"/> Other Event		
INJECTING PERSONNEL								
PRINTED NAME				SIGNATURE				
				TITLE DATE TIME : am pm				



THE MOUNT SINAI HEALTH SYSTEM

Mount Sinai
Hospital

Mount Sinai
West

Mount Sinai
Beth Israel

New York
Eye and Ear
Infirmary at
Mount Sinai

Mount Sinai
Outpatient
Faculty
Practices

Mount Sinai
Queens

Mount Sinai
St. Luke's

Mount Sinai
Brooklyn

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA CUESTIONARIO PARA PACIENTES QUE SE HARÁN PRUEBAS POR IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MAGNETIC RESONANCE IMAGING, MRI)

INFORMACIÓN ACERCA DEL ANÁLISIS

Imágenes por resonancia magnética es un medio de ver el interior del cuerpo para que los médicos para encontrar ciertas enfermedades o condiciones anormales. Resonancia magnética utiliza un imán y ondas de radio para tomar imágenes médicas de diagnóstico del cuerpo. No se han reportado efectos nocivos de la exposición a las ondas de radio o magnetismo utilizados en esta prueba. La magnetización puede, sin embargo, interferir con el funcionamiento de ciertos dispositivos médicos electrónicos, incluyendo marcapasos cardíaco. Por lo tanto, le pregunte cuidadosamente acerca de metal dentro de su cuerpo (esto incluye ciertos tintes que se encuentran en los tatuajes.)

El estudio implica entrar en una habitación en la que un imán está presente. Usted será colocado en una cama estrecha y luego se deslizó en un túnel. La mayoría de los exámenes de resonancia magnética toman entre 15 a 45 minutos para completarse, dependiendo del cuerpo son necesarias parte la imagen y la cantidad de imágenes, aunque algunos pueden llegar a tardar hasta 60 minutos o más. Se le dijo de antemano cuánto tiempo se espera que su exploración a tomar.

Se le pedirá a permanecer completamente inmóvil durante el tiempo de la proyección de imagen se lleva a cabo y seguir las instrucciones de respiración. Se escuchará una máquina fuerte, como el ruido. Que es una función normal de la máquina. Se le darán tapones para los oídos. No hay partes móviles y nada le va a tocar o dañar. Durante su examen de resonancia magnética, el operador del sistema MR será capaz de hablar con usted, oírte, y observar en todo momento. Si usted siente cualquier cosa inusual o tiene alguna pregunta, por favor, exprese su preocupación con solo hablar en un tono de voz normal.

Cuando el procedimiento de resonancia magnética ha terminado, se le puede pedir que esperar hasta que las imágenes son examinados para determinar si se necesitan más imágenes. Después de la exploración, no tiene restricciones y puede ir sobre sus actividades normales.

Una vez que se haya completado todo el examen de resonancia magnética, las imágenes serán examinadas por un radiólogo que es capaz de interpretar las exploraciones de su médico. El radiólogo enviará un informe a su médico. Debe consultar a su médico para repasar sus resultados y discutir el siguiente paso.

Es nuestra esperanza de hacer este examen lo más cómodo para usted como sea posible. Estamos a su disposición para responder a cualquier pregunta que pueda tener sobre el estudio.

LLENE LAS PREGUNTAS EN EL FRENTE DE ESTA HOJA Y FIRMAR EN LA PARTE INFERIOR.

¡Gracias!

Esta página no es parte de la historia clínica legal.