



# 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 St. Luke's

Mount Sinai Brooklyn

Nombre [Name]: \_\_\_\_\_

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

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

Nº Historia Clínica [MRN]: \_\_\_\_\_

Sitio [Location]: \_\_\_\_\_

Médico [Physician]: \_\_\_\_\_

**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.

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

<b>FOR PATIENTS REQUIRING ASSISTANCE WITH QUESTIONNAIRE</b>				<b>MRI EMPLOYEE REVIEWING RESPONSES FOR RADIOLOGY</b>				
<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:				
<b>FOR PATIENTS RECEIVING CONTRAST (TO BE COMPLETED IN RADIOLOGY)</b>								
RENAL FUNCTION <input type="checkbox"/> Check if drawn as POCT in Radiology				CONTRAST AGENT		SITE	VOLUME	RATE
DRAWN ON		REVIEWED ON		REVIEWED BY		RESULTS		OUTCOME: <input type="checkbox"/> Routine Injection
Date / / _____		Date / / _____		_____		eGFR _____ NonAA AA		} See electronic / supplementary documentation for details
Time : _____ am pm		Time : _____ am pm		_____		Cr _____ mg/dL		
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.