

# MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE SCREENING FORM FOR PATIENTS

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patient Number \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Last name                      First name                      Middle Initial

Age \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                    month                      day                      year

Male  Female

Body Part to be Examined \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Telephone (home) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Telephone (work) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Reason for MRI and/or Symptoms \_\_\_\_\_

Referring Physician \_\_\_\_\_

Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

1. Have you had prior surgery or an operation (e.g., arthroscopy, endoscopy, etc.) of any kind?  No  Yes  
 If yes, please indicate the date and type of surgery:

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Type of surgery \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Type of surgery \_\_\_\_\_

2. Have you had a prior diagnostic imaging study or examination (MRI, CT, Ultrasound, X-ray, etc.)?  No  Yes

If yes, please list:                      Body part                      Date                      Facility

MRI	_____	____/____/____	_____
CT/CAT Scan	_____	____/____/____	_____
X-Ray	_____	____/____/____	_____
Ultrasound	_____	____/____/____	_____
Nuclear Medicine	_____	____/____/____	_____
Other	_____	____/____/____	_____

3. Have you experienced any problem related to a previous MRI examination or MR procedure?  No  Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_

4. Have you had an injury to the eye involving a metallic object or fragment (e.g., metallic slivers, shavings, foreign body, etc.)?  No  Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_

5. Have you ever been injured by a metallic object or foreign body (e.g., BB, bullet, shrapnel, etc.)?  No  Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_

6. Are you currently taking or have you recently taken any medication or drug?  No  Yes  
 If yes, please list: \_\_\_\_\_

7. Are you allergic to any medication?  No  Yes  
 If yes, please list: \_\_\_\_\_

8. Do you have a history of asthma, allergic reaction, respiratory disease, or reaction to a contrast medium or dye used for an MRI, CT, or X-ray examination?  No  Yes

9. Do you have anemia or any disease(s) that affects your blood, a history of renal (kidney) disease, renal (kidney) failure, renal (kidney) transplant, high blood pressure (hypertension), liver (hepatic) disease, a history of diabetes, or seizures?  No  Yes

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

**For female patients:**

10. Date of last menstrual period: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Post menopausal?  No  Yes

11. Are you pregnant or experiencing a late menstrual period?  No  Yes

12. Are you taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment?  No  Yes

13. Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments?  No  Yes

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

14. Are you currently breastfeeding?  No  Yes

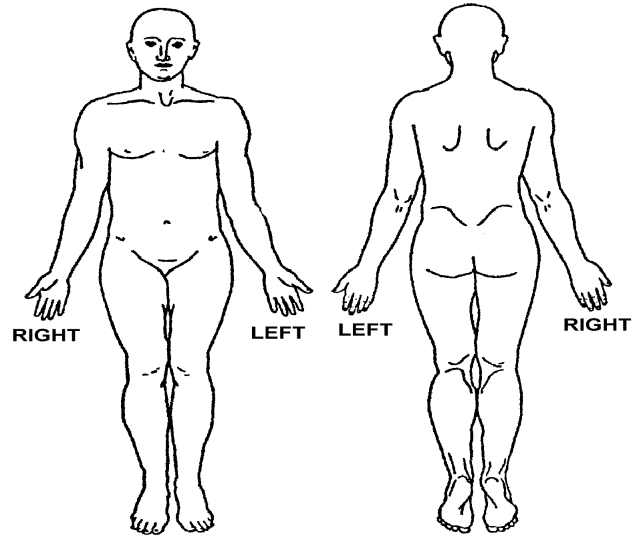


**WARNING:** Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MR procedure (i.e., MRI, MR angiography, functional MRI, MR spectroscopy). Do not enter the MR system room or MR environment if you have any question or concern regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist BEFORE entering the MR system room. The MR system magnet is ALWAYS on.

**Please indicate if you have any of the following:**

- Yes  No Aneurysm clip(s)
- Yes  No Cardiac pacemaker
- Yes  No Implanted cardioverter defibrillator (ICD)
- Yes  No Electronic implant or device
- Yes  No Magnetically-activated implant or device
- Yes  No Neurostimulation system
- Yes  No Spinal cord stimulator
- Yes  No Internal electrodes or wires
- Yes  No Bone growth/bone fusion stimulator
- Yes  No Cochlear, otologic, or other ear implant
- Yes  No Insulin or other infusion pump
- Yes  No Implanted drug infusion device
- Yes  No Any type of prosthesis (eye, penile, etc.)
- Yes  No Heart valve prosthesis
- Yes  No Eyelid spring or wire
- Yes  No Artificial or prosthetic limb
- Yes  No Metallic stent, filter, or coil
- Yes  No Shunt (spinal or intraventricular)
- Yes  No Vascular access port and/or catheter
- Yes  No Radiation seeds or implants
- Yes  No Swan-Ganz or thermodilution catheter
- Yes  No Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)
- Yes  No Any metallic fragment or foreign body
- Yes  No Wire mesh implant
- Yes  No Tissue expander (e.g., breast)
- Yes  No Surgical staples, clips, or metallic sutures
- Yes  No Joint replacement (hip, knee, etc.)
- Yes  No Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc.
- Yes  No IUD, diaphragm, or pessary
- Yes  No Dentures or partial plates
- Yes  No Tattoo or permanent makeup
- Yes  No Body piercing jewelry
- Yes  No Hearing aid
- Yes  No *(Remove before entering MR system room)*
- Yes  No Other implant \_\_\_\_\_
- Yes  No Breathing problem or motion disorder
- Yes  No Claustrophobia

Please mark on the figure(s) below the location of any implant or metal inside of or on your body.



**IMPORTANT INSTRUCTIONS**

Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.

Please consult the MRI Technologist or Radiologist if you have any question or concern BEFORE you enter the MR system room.

**NOTE: You may be advised or required to wear earplugs or other hearing protection during the MR procedure to prevent possible problems or hazards related to acoustic noise.**

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I read and understand the contents of this form and had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MR procedure that I am about to undergo.

Signature of Person Completing Form: \_\_\_\_\_  
Signature

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Form Completed By:  Patient  Relative  Nurse \_\_\_\_\_  
Print name Relationship to patient

Form Information Reviewed By: \_\_\_\_\_  
Print name Signature

MRI Technologist  Nurse  Radiologist  Other \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA (MR) PARA PACIENTES

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Varón  Hembra  Parte del cuerpo a ser examinada \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (domicilio) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas \_\_\_\_\_

Médico que le refirió \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopía, endoscopia, etc.) de cualquier tipo?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

2. Anteriormente, ¿le han hecho algún estudio o exámen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

Parte del Cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
MRI _____	____/____/____	_____
CT/CAT _____	____/____/____	_____
Rayos-X _____	____/____/____	_____
Ultrasonido _____	____/____/____	_____
Medicina Nuclear _____	____/____/____	_____
Otro _____	____/____/____	_____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios ó procedimientos anteriores con MR?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, descríbalos: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto ó fragmento metálico (e.g., astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc.)?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño (e.g. perdigones, bala, metralla, etc.)?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

6. ¿Esta actualmente tomando ó ha recientemente tomado algún medicamento o droga?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

7. ¿Es Ud. alérgico/a á algún medicamento?  No  Sí

Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, ó reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X?  No  Sí

9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algún episodio de enfermedad de riñón, fracaso de riñón, un transplante de riñón, hipertensión, la historia de la diabetes, relativo al hígado ó de ataques epilépticos?

Si respondió afirmativamente, descríbalos: \_\_\_\_\_  No  Sí

**Para los pacientes femeninos:**

10. Fecha de su último periodo menstrual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ En la menopausia?  No  Sí

11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual?  No  Sí

12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal?  No  Sí

13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad?  No  Sí

Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación: \_\_\_\_\_

14. ¿Está amamantado a su bebé?  No  Sí

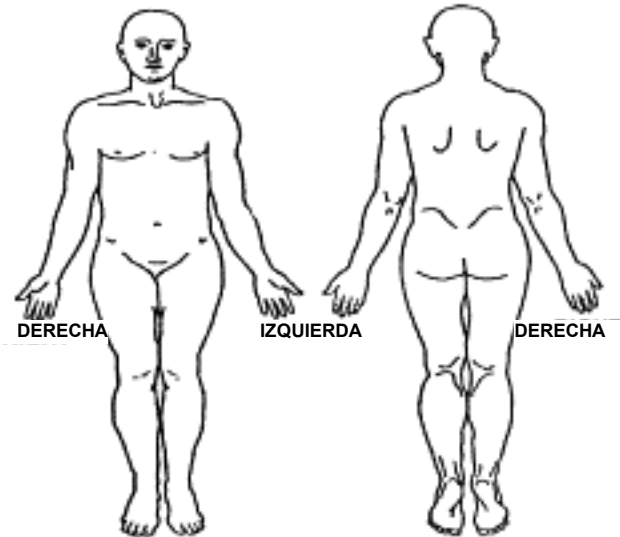


**ADVERTENCIA:** Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). **No entre** a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

**Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:**

- Sí  No Pinza(s) de aneurisma
- Sí  No Marcapasos cardíaco
- Sí  No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí  No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí  No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
- Sí  No Sistema de neuroestimulación
- Sí  No Estimulador de la médula espinal
- Sí  No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí  No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí  No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí  No Bomba de infusión de insulina ó similar
- Sí  No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
- Sí  No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí  No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí  No Muelle ó alambre del párpado
- Sí  No Extremidad artificial ó protésica
- Sí  No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí  No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí  No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí  No Semillas ó implantes de radiación
- Sí  No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
  
- Sí  No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí  No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
- Sí  No Implante tipo malla
- Sí  No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí  No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí  No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Sí  No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí  No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí  No Dentaduras ó placas parciales
- Sí  No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí  No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí  No Audífono (*Quiteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
- Sí  No Otro implante \_\_\_\_\_
- Sí  No Problema respiratorio ó desorden del movimiento
- Sí  No Claustrofobia

**Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.**



**¡AVISO IMPORTANTE!**

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audífono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escáner de MR.

**NOTA:** Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MR para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del escáner de MR.

Atestiguo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Firma

Cuestionario lleno por:  Paciente  Pariente  Enfermera \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de texto Relación con el paciente

Información revisada por: \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de texto Firma

Técnico de MRI  Enfermera  Radiólogo  Otro \_\_\_\_\_

