

FORMA DE DETECCIÓN DE CONTRASTE DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Peso _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Macho Hembra

1. ¿Jamás Ha tenido algún problema relacionado a un examen de resonancia magnética o procedimientos de RM? No Sí

En caso afirmativo, por favor describa: _____

2. ¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento? No Sí

En caso afirmativo, por favor describe: _____

3. ¿Tiene alergias a algún medicamento? No Sí

En caso afirmativo, por favor describe: _____

4. ¿Tiene antecedentes de asma, reacciones alérgicas, enfermedades respiratorias, o reacción alérgicas a un contraste medio o colorante utilizados para la resonancia magnética, CT, o un examen de rayos-X?

No Sí

5. ¿Tiene anemia u otra enfermedad(s) que afectan la sangre, una historia de enfermedades de los riñones, insuficiencia renal, trasplante de los riñones, presión arterial alta (hipertensión), enfermedades del hígado, la diabetes o convulsiones?

No Sí

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Para las mujeres:

6. Fecha de la última menstruación: _____ ¿Estas posmenopáusica? No Sí

7. ¿Está embarazada o tiene un retraso del período menstrual? No Sí

8. ¿Está tomando anticonceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal? No Sí

9. ¿Está tomando algún tipo de medicación para la fertilidad o recibiendo tratamientos de fertilidad?

No Sí

En caso afirmativo, por favor describa: _____

10. ¿Está actualmente dando pecho? No Sí

Doy fe de que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario y en relación con el procedimiento de RM que estoy a punto de completar.

Fecha _____

Firma de la persona que completa este formulario:

Formulario preparado por: Paciente Miembro de Familia Enfermera

Nombre Escrito y Relación con el paciente