

Scan Date (Fecha de imagen):

Scrub size (Talla de ropa):

**MRI PATIENT SCREENING FORM**  
FORMA DE ESCRUTINIO PARA PACIENTES (IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA)

NAME (NOMBRE) \_\_\_\_\_ DATE (FECHA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

SEX (SEXO) M F DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

WEIGHT (PESO) \_\_\_\_\_

**PLEASE INDICATE BY CHECKING YES OR NO FOR EACH OF THE FOLLOWING QUESTIONS:**  
(POR FAVOR CIRCULE SI O NO PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS)

**DO YOU HAVE A CARDIAC PACEMAKER?** YES NO  
¿TIENE USTED UN MARCADOR DE PASOS CARDIACO? SI NO

**DO YOU HAVE AN ANEURYSM CLIP?** YES NO  
¿TIENE USTED UNA PRESILLA PARA ANEURISMAS? SI NO

**DO YOU HAVE A CARDIAC VALVE?** YES NO  
¿TIENE USTED UNA VALVULA CARDIACA? SI NO

**DO YOU HAVE ANY MECHANICAL DEVICES OR IMPLANTS?** YES NO  
¿TIENE USTED ALGUN APARATO O IMPLANTE MECANICO? SI NO

**HAVE YOU EVER HAD SURGERY ON THE AREA TO BE SCANNED?** YES NO  
¿HA TENIDO CIRUGIA ALGUNA VEZ EN EL AREA EXAMINADA? SI NO

**HAVE YOU EVER HAD SURGERY OR OPERATION OF ANY KIND?** YES NO  
¿HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ CIRUGIA/OPERACION DE ALGUN TIPO? SI NO

**PLEASE LIST PRIOR SURGERIES AND DATES ( POR FAVOR LISTE SUS CIRUGIAS Y FECHAS)**

**HAVE YOU EVER WORKED AS A MACHINIST, GRINDER, WELDER, OR HAVE YOU EVER HAD AN INJURY TO THE EYE INVOLVING A METALLIC OBJECT?** YES NO  
A TRABAJADO USTED ALGUNA VEZ DE MAQUINISTA, TRITURADOR O SOLDADOR O SE HA ACCIDENTADO LOS OJOS CON ALGUN OBJETO METALICO? SI NO

**HAVE YOU EVER BEEN INJURED BY A METALLIC FOREIGN BODY?** YES NO  
ALGUNA VEZ SE HA ACCIDENTADO CON ALGUN OBJETO METALICO?  
IF YES, PLEASE DESCRIBE (POR FAVOR DESCRIBA): SI NO

**ARE YOU CLAUSTROPHOBIC?** YES NO  
¿ES USTED CLAUTROFOBICO? SI NO

**DO YOU HAVE A HISTORY OF RENAL DISEASE?** YES NO  
¿TIENE USTED HISTORIAL DE ENFERMEDAD DEL RINON? SI NO

**DO YOU HAVE DRUG ALLERGIES?** YES NO  
¿ES USTED ALERGICO A MEDICAMENTOS? SI NO

**ARE YOU PREGNANT OR DO YOU SUSPECT THAT YOU ARE PREGNANT?** YES NO  
¿ESTA USTED EMBARAZADA O CREE ESTARLO? SI NO

**ARE YOU BREAST FEEDING?** YES NO  
¿ESTA USTED DANDO PECHO? SI NO

**HAVE YOU EVER HAD A REACTION TO A CONTRAST MEDIUM USED FOR MRI?** YES NO  
¿HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ ALGUNA REACCION AL CONTRASTE USADO EN LA PRUEBA DE IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA? SI NO

**THE UNDERSIGNED HAS ANSWERED THE ABOVE QUESTIONS ACCURATELY. ALL JEWELRY, CREDIT CARDS, EYEGLASSES, PINS, AND DENTURES MUST BE REMOVED PRIOR TO THE MRI EXAMINATION. A LOCKER WILL BE PROVIDED FOR PERSONAL BELONGINGS**

EL PACIENTE A RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS CORRECTAMENTE. TODAS SUS JOYAS, TARJETAS DE CREDITO, ANTEOJOS, PRESILLAS Y DENTADURAS POSTIZAS DEBEN SER REMOVIDAS ANTES DE LA PRUEBA DE IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA. OBJETOS PERSONALES SERAN PUESTOS BAJO LLAVE.

**SIGNATURE**  
(FIRMA)

**DATE**  
(FECHA)