

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

Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Has patient eaten in the past 6 hours?  No  Yes If yes, what? \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

1. Have you had prior surgery or an operation of any kind?  No  Yes

Type of surgery \_\_\_\_\_

Type of surgery \_\_\_\_\_

2. Have you experienced any problem related to a previous MRI procedure?  No  Yes

3. Have you ever been injured by a metallic object or foreign object?  No  Yes

**Warning:** Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MRI procedure. 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 MR Technologist or Radiologist *BEFORE* entering the MR system room. The MR **Magnet is ALWAYS On.**

Yes	No	
		Cardiac Pacemaker
		Implanted cardioverter defibrillator (ICD)
		Heart Valve
		Brain Surgery Clips/Aneurysm Clips
		Carotid Artery Clips
		Vascular Clamps
		Intravascular coil, filter or stent
		Thermodilution Swan-Ganz catheter
		Shunt Type:
		Electronic implant or device
		Magnetically-activated implant or device
		Neurostimulation system (TENS)
		Spinal cord stimulator
		Internal or external electrodes or wires/ECG leads
		Bone growth/bone fusion stimulator
		Tissue expander
		Insulin or other infusion pump
		Wire sutures
		Ear Surgery
		Hearing aid (Remove before entering MR room)
		Cochlear, otologic, or other ear implant
		Tracheotomy
		Transdermal patches/medication patches

Yes	No	
		Weighted NG Tube
		Temperature probe
		Leg braces
		Any type of prosthesis
		Joint replacement
		Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc
		Surgical staples, clips or metallic sutures
		Body piercing
		Tattoo or permanent makeup
		Dental work
		Injury from metal object/foreign body (bullet, BB, shrapnel, etc)
		Injury from metal object in your eye (metal slivers, metal shavings, etc)
		Jewelry or metal items on you or your clothing
		Kidney disease
		Sickle Cell Anemia
		Hepatitis
		Females only
		IUD
		Pregnant or possibility of pregnancy
		Breast Feeding

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Examples of items that should not be taken into the scan room: Glasses, Jewelry, Hearing Aid, Cell phone, PDA, Pocket Knife, Watch, Pens/Pencils, Keys/Coins, Hairpins, Wallet/Money clip, Credit/Debit Cards**

Staff Screening individual prior to MR Suite entry: \_\_\_\_\_

RN Staff Screening prior to sedation/iv starts: \_\_\_\_\_

MR Technologist Screening prior to MR Scan room entry: \_\_\_\_\_

(sign and date)



# MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE SCREENING

PATIENT I.D. LABEL

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿El paciente ha comido durante las últimas horas?  No  Sí ¿Qué comió? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora? \_\_\_\_\_

1. ¿Lo han operado de algo anteriormente?  No  Sí

Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

2. ¿Ha presentado algún problema relacionado con un estudio de IRM (MRI)?  No  Sí

3. ¿Alguna vez se ha lastimado con un objeto mecánico o algún cuerpo extraño?  No  Sí

**Advertencia:** En el estudio de MRI ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted y/o pueden interferir con el procedimiento. No entre a la sala del sistema de RM si tiene alguna duda o preocupación relacionada con algún implante, dispositivo u objeto. Consulte al Técnico de Resonancia Magnética o al Radiólogo **ANTES** de entrar a la sala de Resonancia Magnética. El **imán del MRI SIEMPRE está encendido.**

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardiaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desfibrilador implantado para cardioversión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula cardiaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pinzas de cirugía cerebral/ pinzas para aneurisma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pinzas en la arteria carótida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pinzas vasculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filtro, malla (stent) o resorte intravascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda de dilución térmica Swan Ganz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fístula (shunt) Tipo:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo o implante electrónico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo o implante activado por magnetismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de estimulación neurológica (TENS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estimulador de la médula espinal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estimulador óseo para crecimiento o fusión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espansor de tejidos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bomba para insulina u otras infusiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suturas de alambre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de los oídos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audífonos (hearing aids)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantes cocleares, otológicos u otros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traqueotomía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parches de medicamento transdérmico

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda NG con pesa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda para temperatura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Férulas en las piernas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier tipo de prótesis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulación artificial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clavo, tornillo, placa, alambre, etc. En un hueso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grapas, pinzas o suturas metálicas quirúrgicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perforaciones corporales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuaje o maquillaje permanente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo dental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión por un objeto metálico/cuerpo extraño (bala, municiones, astillas de metal, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en un ojo hecha por un objeto metálico (astillas metálicas, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joyas y objetos metálicos, ya sea en su cuerpo o en su ropa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo para mujeres:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIU (dispositivo intrauterino)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada - posiblemente embarazada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amamantando

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Ejemplos de artículos que no deben entrar a la sala del estudio: anteojos, joyería, audífonos, teléfono celular, PDA, navajas, relojes, plumas, lápices, llaves, monedas, pasadores o broches para el pelo, billeteras, monederos, tarjetas de crédito o debito.**

Empleado que entrevista al individuo antes de entrar a la suite: \_\_\_\_\_

Enfermera(o) que entrevista antes de comenzar sedante/IV: \_\_\_\_\_

Técnico de RM que entrevista antes de ingresar a la sala de RM: \_\_\_\_\_

(firma y fecha)



**ENTREVISTA PARA  
PROCEDIMIENTO  
DE RESONANCIA  
MAGNÉTICA (RM)**