

GARDEN GROVE MRI
RESONANCIA MAGNETICA (MRI) SOBRE ESPACIO ABIERTO
Please fax to (714) 537-1958

Nombre: _____

ATENCION: Pacientes que se les va a hacer resonancia magnetica y familiares.

La seguridad del paciente es nuestra preocupacion prinicipal. El cuarto donde se realice la resonancia magnetica contiene un iman muy poderoso. Antes de que se le permita ingresar, necesitamos saber si tiene algun metal en su cuerpo. Ciertos objetos metalicos pueden interferir con su examen y hasta pueden ser peligrosos, por lo cual le rogamos que conteste cuidadosamente al siguiente cuestionario.

Si No **¿Alguna vez se le ha practicado una operacion o algun procedimiento quirurgico?**
Por favor, haga una lista de todos con sus respectivas fechas.
Please list any surgeries.

Si No **¿Alguna vez ha recibido un golpe en la cara o en los ojos con un trozo de metal incluyedo virutas, astillas, balas o perdigones de metal?**
Have you ever been hit in eye by metal shrapnel? _

Si No **¿Esta embarazada, posiblemente este embarazada, o esta dando de lactar?**
Fecha de su ultimo periodo menstrual: _____
Any chance of being pregnant? Breast feeding? Date of your last period?

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS EN SU CUERPO?

- Si No **Marcapasos – Pacemaker**
- Si No **Clip en el cerebro o ancurisma – Brain aneurysm clips**
- Si No **Implante en la vista – Eye Implants**
- Si No **Estimulador electrico para el sistema nervioso o o los huesos**
Electrical or Nerve stimulators
- Si No **Fragmentos de metal – Metal fragments**
- Si No **Implante magnetico en cualquier parte – Magnetic Implants**
- Si No **Bomba de infusion – Infusion pump**
- Si No **Espiral, filtro o alambre en un vaso sanguineo**
Stent or Wires in blood vessels
- Si No **Extremidad o articulacion artificial – Artificial limb or joint**
- Si No **Tatuaje en el parpado – Eye lid tattoo**
- Si No **Cateter o tubo implantado – Implanted catheter or tube**
- Si No **Valvula artificial en el Corazon – Artificial heart valve**
- Si No **Protesis en el pene – Penile prosthesis**
- Si No **Anastomosis – Bypass**
- Si No **Dientes falsos, paladar, frenillos magneticos**
Dentures, false teeth or magnetic implant
- Si No **Clips quirurgicos, grapas, alambres, tejidos metalicos o suturas**
Surgical clips or staples
- Si No **Diafragma o dispositivo intrauterine – Diaphragm or intrauterine device**
- Si No **Equipo ortopedico (placas, tomillos calvos,varillas) – Orthopedic Hardware**
- Si No **Parche de nicotina – Nicotine patch**

Pilot

INFORMACION SOBRE INYECCIONES DE CONTRASTE DE GADOLINIO:
INFORMATION ABOUT GADOLINIUM CONTRAST INJECTION:

Como parte de su examen, sera necesario darle una inyeccion intravenosa (I.V.) de un agente contrastaste que contiene gadolinio. Esta inyeccion puede ayudar al radiologo que realice la resonancia magnetica a diagnosticar su condicion con mayor exactitud. A pesar de que los agentes de contraste de gadolinio han sido usados de manera segura en millones de casos, se han presentado casos de reacciones minimas (principalment dolor de cabeza o nauseas) en un 2% de los paciente. Se han reportado reacciones graves o que peligrosas para la vida en cerca de uno de cada 400,000 pacientes. Pacientes con historia de bajo funcionamiento o en las ultimas etapas de los rinones, se sabe que Gadolinium puede inducir la enfermedad de Nephronic Fibrosing Dermopathy. As part of your examination, it may be necessary to give you an I.V. injection of a Gadolinium contrast. This injection may help the MRI radiologist more accurately diagnose your condition. Although gadolinium contrast agents have used safety in millions of cases, minor reactions (principally headaches or nausea) occur in about 2% of patients. Serious of life threatening ractions have reported in about one in 400,000 patients. Gadolinium Contrast is also known to induce Nephrogenic Fibrosing Dermopathy in a small percentage of patients with moderate to end stage disease.

Si No **¿Ha tenido anteriormente una reaccion alergica a material de contraste de gadiolino?** Have you ever had a reaction to gadolinium contrast?

Si No **¿Tiene alguna historia de bajo funcionamiento de los rinonez?**
Any history of kidney failure?

Doy fe que las repuestas que he proporcionado a las preguntas de este formulario son correctas a mi mejor entender. He leido y comprendido el contenido complete de este formulario y he tenido la oportunidad de formular preguntas en relacion con la informacion ofrecida en este formulario.

I attest that the answers I have provided on this form are correct to the best of my knowledge. I have read and understand the entire contents of this form and have opportunity to ask questions regarding the information on this form.

Firma (Paciente o tutor legal): _____ **Fecha:** _____

Technologist: _____ Patients Nurse: _____

