

**Detección Por Resonancia Magnética**

**¿Tiene alguno de los siguientes? (Por favor, marque con un círculo)**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| • Clip(s) para aneurisma                                | • Sistema de neuroestimulación                        | • Prótesis articular (cadera, rodilla, etc.)                               | • Joyería para piercings corporales                                    |
| • DIU, diafragma o pesario                              | • Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño       | • Bomba de insulina u otra bomba de infusión                               | • Resorte o alambre en el párpado                                      |
| • Marcapasos cardíaco                                   | • Estimulador de la médula espinal                    | • Clavo, tornillo, aguja, alambre, placa, etc., para huesos/articulaciones | • Audífono (retirar antes de entrar a la sala de resonancia magnética) |
| • Monitor de glucosa                                    | • Implante de malla metálica                          | • Dispositivo implantado para infusión de fármacos                         | • Stent, filtro o espiral metálico                                     |
| • Prótesis o miembro artificial                         | • Electrodo(s) o cables internos                      | • Prótesis dentales, implantes o dentaduras parciales                      | • Derivación (espinal o intraventricular)                              |
| • Desfibrilador cardioversor implantable (DCI)          | • Expansor de tejido (por ejemplo, mamario)           | • Cualquier tipo de prótesis (ocular, peneana, etc.)                       | • Problemas respiratorios o trastornos del movimiento                  |
| • Semillas o implantes de radiación                     | • Estimulador del crecimiento/fusión ósea             | • Tatuajes, maquillaje permanente, pestañas magnéticas                     | • Puerto de acceso vascular y/o catéter                                |
| • Implante o dispositivo electrónico                    | • Grapas quirúrgicas, clips, suturas metálicas        | • Prótesis de válvula cardíaca   | • Claustrofobia  |
| • Catéter de Swan-Ganz o de termodilución               | • Implante coclear, otológico u otro implante de oído |  | • ¿Otro implante? Especificar a continuación                           |
| • Implante o dispositivo activado magnéticamente        |   |  | • Ninguno  |
| • Parche de medicación (nicotina, nitroglicerina, etc.) |   |  |  |

**Implante - Fabricante:** \_\_\_\_\_

**Modelo:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA:** Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted y/o interferir con el procedimiento de resonancia magnética (RM, angiografía por RM). No entre en la sala del sistema de RM ni en el entorno de RM si tiene alguna duda o inquietud sobre algún implante, dispositivo u objeto. Consulte con el técnico de resonancia magnética o el radiólogo ANTES de entrar en la sala del sistema de RM. El imán del sistema de RM SIEMPRE está encendido. Antes de entrar en el entorno de RM o en la sala del sistema de RM, debe quitarse todos los objetos metálicos, incluyendo audífonos, dentaduras postizas, prótesis parciales, llaves, buscapersonas, teléfono móvil, gafas, horquillas, pasadores, joyas, piercings, reloj, imperdibles, clips, monedero, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas con banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja, cortaúñas, herramientas, ropa con cierres metálicos y ropa con hilos metálicos. Los riesgos de seguridad de las ondas de radiofrecuencia (RF) incluyen el posible calentamiento de los tejidos y quemaduras. Avise al operador del escáner inmediatamente si nota calor. Tenga en cuenta que cierto calentamiento es normal, pero nunca debe sentir incomodidad. Nota importante: El ruido generado por el escaneo puede alcanzar un nivel en la sala de escaneo y en el interior del imán que puede provocar pérdida auditiva temporal (y ocasionalmente) permanente. Cualquier paciente que se someta a una resonancia magnética, así como cualquier persona que se encuentre en la Zona 4 durante un escaneo, DEBE usar protección auditiva. Su examen puede ser monitorizado para garantizar la calidad.

**Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y comprendido el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información que contiene y sobre el procedimiento de resonancia magnética al que me voy a someter.**

**Firma de la persona que completa el formulario:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Formulario completado por:**  Paciente  Relativa  Enfermera/Cuidadora

**Nombre Impreso:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, IMPRIMA:**

Fecha: \_\_\_\_\_  M  F

Nombre (Apellido, Primera): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medica Referente: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DEL PACIENTE:**

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? Por favor, describa el problema, la(s) área(s) afectada(s) y cuándo comenzó? Por favor, describa el problema, las zonas afectadas y cuándo comenzó: \_\_\_\_\_

¿Le han practicado alguna cirugía en la zona que se va a escanear?  S  N

Tipo/Fecha: \_\_\_\_\_

¿Existe algún antecedente de traumatismo o lesión en la zona que vamos a examinar hoy?  S  N

Tipo/Fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de cáncer?  S  N

Tipo/Fecha: \_\_\_\_\_

¿Se han realizado previamente exploraciones o pruebas de imagen en la parte del cuerpo que vamos a examinar hoy?  S  N

Tipo/Fecha /Nombre de la clinica: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia a algún alimento o medicamento?  S  N

Listar Todo: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido medicación previa específicamente para este estudio hoy?  S  N

Nombre(s) del medicamento: \_\_\_\_\_ Hora/fecha de la última dosis: \_\_\_\_\_

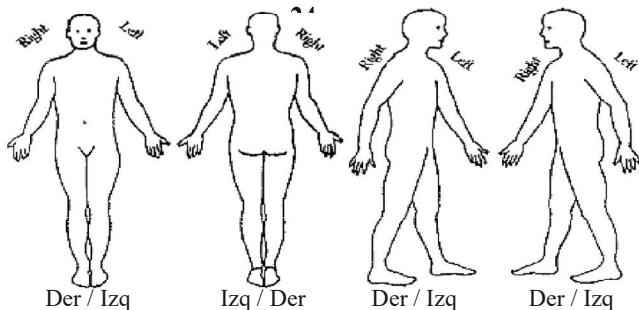
Nombre del médico que lo recetó: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un trozo de metal en el ojo o te lo han extraído de los ojos?  S  N

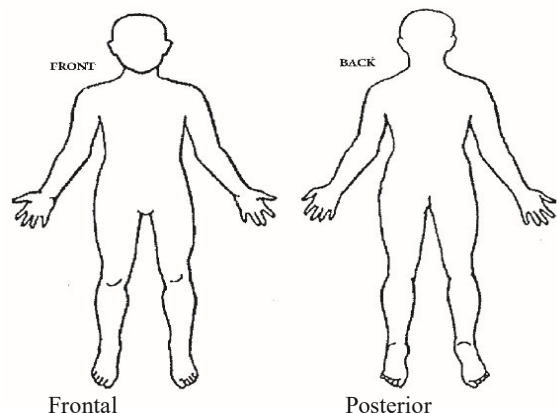
**Solo para mujeres:** ¿Existe la posibilidad de un embarazo?  S  N

Último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ ¿De cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

**Por favor, marque las zonas de su cuerpo donde siente DOLOR / ENTUMECIMIENTO / HORMIGUEO / DEBILIDAD o marque NO APLICABLE**



**Por favor, marque a continuación la ubicación de IMPLANTE / METAL dentro o sobre su cuerpo**





## Consentimiento Para El Uso De Contraste Intravenoso A Base De Gadolinio

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Algunos pacientes que se someten a una resonancia magnética pueden requerir un medio de contraste intravenoso (IV) conocido como gadolinio. El uso de contraste intravenoso para una resonancia magnética tiene muchos beneficios. Mejora la precisión, ayuda a diagnosticar anomalías y puede guiar el tratamiento. Como con todos los medicamentos, existen riesgos; sin embargo, los beneficios generalmente superan la pequeña probabilidad de efectos secundarios o reacciones. La decisión de administrarle contraste intravenoso no se toma a la ligera y es tomada cuidadosamente por su médico remitente y/o nuestro radiólogo. La mayoría de las inyecciones de contraste intravenoso se realizan sin problemas. Un efecto secundario raro, pero posible, de las inyecciones de contraste intravenoso es la extravasación. La extravasación significa que el material de contraste salió del vaso sanguíneo y se ha infiltrado en el tejido circundante. La extravasación puede provocar una sensación de ardor o escozor, y/o tensión o hinchazón en el lugar de la inyección. Las reacciones leves al contraste son las más comunes, pero ocurren en menos del 0,05% de los casos. Los síntomas pueden incluir dolor de cabeza, estornudos, náuseas, vómitos, urticaria e hinchazón y generalmente se resuelven rápidamente. Ocasionalmente, pueden ser necesarios medicamentos para tratar estos síntomas si persisten. En raras ocasiones, puede ocurrir una reacción grave. Esto puede incluir una frecuencia cardíaca rápida o lenta, presión arterial baja, un ataque de asma (broncoespasmo) o paro circulatorio completo/shock. Dichas reacciones requieren tratamiento médico urgente, para lo cual nuestras instalaciones están preparadas. Si presenta CUALQUIER síntoma que le preocupe, informe a su técnico de inmediato. Los pacientes con función renal reducida o insuficiencia renal no deben someterse a una inyección de gadolinio a menos que un especialista en este campo (nefrólogo) lo haya autorizado para evitar una afección potencialmente mortal conocida como FSN (fibrosis sistémica nefrogénica). Los pacientes que han tenido una reacción al contraste utilizado en tomografías computarizadas, urografías intravenosas y angiografías tienen un riesgo 3,7 veces mayor de sufrir una reacción adversa. De lo contrario, no hay forma de predecir quién será alérgico al contraste hasta que se administre el medio de contraste. Un paciente que se vuelve alérgico generalmente desarrollará sus síntomas en 10 minutos. Se ha demostrado que los agentes de gadolinio pueden retenerse en áreas del cuerpo, como el cerebro o los huesos. La importancia de esto no está clara y no se ha asociado ningún proceso patológico, incluso en casos donde se han encontrado depósitos. Se ha demostrado que el tipo de agentes (macro cíclicos) utilizados en todas nuestras clínicas presenta la menor retención. Si después de leer esta información no desea someterse a un estudio con contraste intravenoso, la prueba aún puede realizarse sin él; sin embargo, en ciertos casos esto limitará la cantidad de información que podemos obtener de la misma. Se me han explicado los riesgos asociados con el uso de contraste a base de gadolinio y se me ha dado la oportunidad de plantear mis preguntas o inquietudes.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para la administración de un medio de contraste a base de gadolinio para la realización de un estudio de resonancia magnética y/o angiografía por resonancia magnética.

**ME NIEGO** a que me administren el contraste para la resonancia magnética y/o angiografía por resonancia magnética.

Firma de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Formulario completado por:  Paciente  Relativa  Enfermera/Cuidadora

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Office Use Only:

Technologist/Credentials: \_\_\_\_\_