

## CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA (MR) PARA PACIENTES

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Varón  Hembra  Parte del cuerpo a ser examinada \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (domicilio) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Motivo para el estudio de MRI y/o síntomas \_\_\_\_\_

Médico que le refirió \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

1. Anteriormente, ¿le han hecho alguna cirugía u operación (e.g., artroscopía, endoscopia, etc.) de cualquier tipo?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

2. Anteriormente, ¿le han hecho algún estudio o examen de diagnóstico (MRI, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

Parte del Cuerpo	Fecha	Lugar/Institución
MRI _____	____/____/____	_____
CT/CAT _____	____/____/____	_____
Rayos-X _____	____/____/____	_____
Ultrasonido _____	____/____/____	_____
Medicina Nuclear _____	____/____/____	_____
Otro _____	____/____/____	_____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios ó procedimientos anteriores con MR?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, descríbalos: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto ó fragmento metálico (e.g., astillas metálicas, virutas, objeto extraño, etc.)?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño (e.g. perdigones, bala, metralla, etc.)?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

6. ¿Esta actualmente tomando ó ha recientemente tomado algún medicamento o droga?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

7. ¿Es Ud. alérgico/a á algún medicamento?  No  Sí  
 Si respondió afirmativamente, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, ó reacción a contrastes ó tinturas usados en MRI, CT, ó Rayos-X?  No  Sí

9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad que afecte su sangre, algún episodio de enfermedad de riñón, fracaso de riñón, un transplante de riñón, hipertensión, la historia de la diabetes, relativo al hígado ó de ataques epilépticos?  
 Si respondió afirmativamente, descríbalos: \_\_\_\_\_  No  Sí

**Para los pacientes femeninos:**

10. Fecha de su último periodo menstrual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ En la menopausia?  No  Sí

11. ¿Está embarazada ó tiene retraso con su periodo menstrual?  No  Sí

12. ¿Está tomando contraceptivos orales ó recibiendo tratamiento hormonal?  No  Sí

13. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad?  
 Si responde afirmativamente, descríbalos a continuación: \_\_\_\_\_  No  Sí

14. ¿Está amamantado a su bebé?  No  Sí