

## Formulario de pre-evaluación para un IRM

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

### Alergias

Liste lo mejor que pueda todos los medicamentos actuales incluyendo recetados, de venta libre, gotas oculares, suplementos herbales y vitaminas. Si necesita más espacio utilice el reverso de esta hoja.

Nombre del medicamento	Dosis (incluya concentración y número de unidades)	¿Cómo lo toma?	¿Cuán a menudo lo toma?	¿Cuándo lo tomó por última vez?
<i>Ej. Cardizem CD</i>	<i>180 mg. 1 cápsula</i>	<i>Oral</i>	<i>Una vez al día</i>	<i>Anoche a las 9 p.m.</i>

**Sí No**

¿Toma el siguiente medicamento?  
**Hidroxiurea, también conocida como Hydrea™, Droxia™ y Mylocel™**

**Por favor complete la siguiente lista de verificación** **Sí**

¿Sufre usted del trastorno conocido como fibrosis sistémica nefrótica?		
¿Tiene antecedentes de enfermedades renales?		
¿Actualmente se encuentra en diálisis?		
¿Ha recibido un trasplante de órgano o está siendo considerado para recibir un trasplante?		
¿Alguna vez ha tenido alguna lesión en el ojo que involucre un objeto metálico o un fragmento?		
¿Alguna vez ha sido lesionado con un objeto metálico (proyectil, esquirlas, etc.)?		
¿Tiene alguna dificultad para respirar, trastorno de movimiento o claustrofobia?		

¿Tiene usted en su cuerpo alguno de los siguientes artículos? **Sí No**

Marcapasos, cables de marcapasos o un desfibrilador cardioversor implantable (DCI)		
Neuroestimuladores (cerebro, espina dorsal, hueso, etc.)		
Grapa cerebral/aneurisma		
Electrodos o cables internos		
Expansor de tejidos (ej; mamas)		
Stent, filtro o anillo metálico - Especificar tipo y ubicación:		
Implante o dispositivo magnéticamente activado (ej; derivación VP)		
Derivación (lumbar o intraventricular)		
Implante, resortes o cables oculares o auditivos		
Bomba para insulina o para otra infusión		
Reemplazo de articulaciones o cualquier otro tipo de prótesis (válvula coronaria, ocular, cadera, rodilla, etc.)		
Alfiler, tornillo, clavo, alambre, placa, etc. en huesos o articulaciones		
Implante / prótesis peniana		
Prótesis auditiva		
Grapas o presillas quirúrgicas o suturas metálicas		
Placas dentales o dentadura postiza parcial		
DIU, diafragma o pesario		
Parche con medicación (nicotina, nitroglicerina)		
Perforaciones en el cuerpo o tatuajes		
Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño		

Certifico que a mi leal saber y entender la información anterior es correcta. He leído y comprendo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de despejar todas mis dudas en relación a la información de este formulario y sobre el procedimiento de IRM al cual voy a ser sometido.

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del personal a cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Formulario

Completado por:  Paciente  Familiar  Otro

Nombre con letra de molde

Relación con el paciente