

El estudio de resonancia magnética es seguro e indoloro, se emplea un potente campo magnético (imán), La existencia de objetos de metal en su cuerpo puede ocasionarle daños o interferir con el estudio. Cualquier consulta puede ser aclarada con nuestro personal especializado.

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Telefonos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Factura a nombre de: \_\_\_\_\_ C.I. / RIF: \_\_\_\_\_  
 Referido por: Dr(a) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Resonancia Magnética de: \_\_\_\_\_  
 Explique la razón por la que se le indicó este exámen: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA:**
**SI NO**

- |  |                             |                                     |                          |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1.- Marcapaso: _____   | (CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- Implante de oído: _____  | (CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- Partículas metálicas Intraoculares: _____  | (CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- Operaciones quirúrgicas cerebrales: _____  |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 5.- Otras partículas metálicas: _____  |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 6.- Prótesis metálica: _____   |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 7.- Implantes medulares: _____   |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 8.- Valvulas cardíacas: _____  |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 9.- Cables: _____  |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 10.- Bombas mecánicas: _____   |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 11.- Operaciones quirúrgicas: _____  |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 12.- Antecedentes alérgicos: _____   |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 13.- Parches medicamentosos / nicotina / antálgicos: _____   |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 14.- Es usted diabetico: _____   |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 15.- ¿Alguna vez a recibido contraste en resonancia magnética?: _____                                |                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 16.- Sufre de alguna enfermedad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____ |                             |                                     |                          |
| 17.- Medicamento que toma: _____   |                             |                                     |                          |

**AUTORIZACIÓN**

"Yo \_\_\_\_\_ autorizo a los médicos de la unidad de resonancia magnética a efectuar todo tipo de procedimiento que se considere necesario o aconsejable para la realización del exámen indicado por el médico tratante. Leí y comprendí la información descrita".

 \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o su representante

 \_\_\_\_\_  
 Cédula

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

**PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCIÓN**

Analista: \_\_\_\_\_ Enfermero \_\_\_\_\_ Tec. Radiólogo: \_\_\_\_\_ Med. Radiólogo: \_\_\_\_\_

Equipo n°: \_\_\_\_\_ N° de placas: \_\_\_\_\_ N° de cd's: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Comentarios del paciente o su representante: \_\_\_\_\_