



INVESTIGACIÓN PACIENTE DE MRI

Nombre: _____ Fecha: _____ Peso: _____

Su doctor programar le para una exploración de la proyección de imagen de resonancia magnética (MRI). La máquina utiliza un campo magnético y la radiofrecuencia agita para obtener imágenes.. No hay peligros biológicos sabidos.

Debido a la presencia de un campo magnético los puntos siguientes no se deben tomar en el cuarto de MRI: Los relojes, las monedas, las llaves, los cuchillos, las dentaduras, los pernos del pelo, las plumas, la prótesis de oído, la carpeta, la joyería, la correa, los teléfonos, los beeperes o cualquier otro metal flojo se opone.

Hágale le tienen o tienen actualmente tenía siempre cualquiera del siguiente:

	Sí	No	Descripción
Marcapasos	_____	_____	_____
Cualquieres implants del oído o del ojo	_____	_____	_____
Tiene usted siempre sido maquinista, soldador o metalúrgico	_____	_____	_____
Tiene usted hizo siempre el metal en sus ojos o el metal quitar de sus ojos	_____	_____	_____
Un clip del aneurysm del cerebro	_____	_____	_____
Estimuladores en los nervios (unidad de T.E.N.N.S)	_____	_____	_____
Cualquieres cirugías en las últimas seis semanas	_____	_____	_____
Cualquier metal en su cuerpo tal como pernos implants quirúrgicos, metralla, balas etc	_____	_____	_____
Implants, metralla, balas quirúrgicos etc.	_____	_____	_____
Una insulina o bombas de la infusión	_____	_____	_____
Válvulas artificiales del corazón	_____	_____	_____
Usted tiene tattooed el eyeliner	_____	_____	_____
IUD (dispositivo intrauterino)	_____	_____	_____
¿Hay una ocasión del embarazo?	_____	_____	_____
¿Es usted claustrophobic?	_____	_____	_____
Enfermedad Renal De la Etapa Del Extremo	_____	_____	_____
Escasez Renal	_____	_____	_____
Otros enumeran: _____			

He leído la información antedicha y he contestado a las preguntas precedentes al mejor de mi conocimiento. Doy por este medio consentimiento para tener una exploración de MRI. He dirigido todas mis preguntas a mi doctor y/o al personal de MRI.

NOTIFIQUE POR FAVOR A LA RECEPCIONISTA O A TECNÓLOGO DE MRI SI USTED MARCÓ SÍ A CUALESQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTEDICHAS.

NOMBRE DEL PACIENTE DE LA IMPRESIÓN

FIRMA DEL PACIENTE

Fecha