FORMULARIO PARA EXAMEN DE RESONANCIA MAGNETICA

APELLIDO Y NOMBRE:_____EDAD:_____FECHA.NAC:_____

DNI:_____PESO:_____EXAMEN RMN:_____

RAZONES DEL EXAMEN O SINTOMAS CLINICOS: _____

ANTERIORMENTE LE HAN HECHO ALGUNA CIRUGIA U OPERACIÓN: SI NO

FECHA _____/_____/_____ TIPO DE CIRUGIA:_____

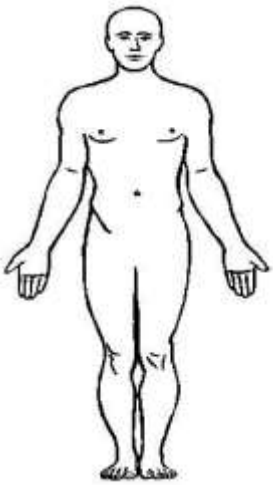
FECHA _____/_____/_____ TIPO DE CIRUGIA:_____

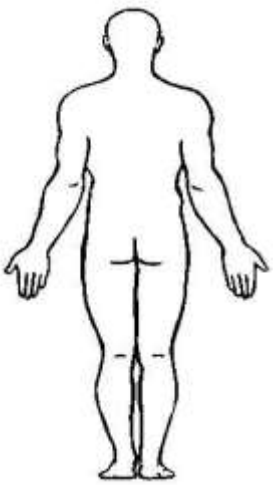
POR FAVOR RESPONDA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

SI NO MARCAPASOS CARDIACO
SI NO IMPLANTE COCLEAR, OTOLOGICO U OTRO IMPLANTE DEL OIDO
SI NO CUALQUIER PROTESIS INDIQUE CUAL _____
SI NO PROTESIS DENTALES REMOVIBLES
SI NO GRAPAS PARA ANEURISMAS
SI NO GRAPAS QUIRURGICAS O CLIPS VASCULARES
SI NO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
SI NO CUERPO METALICO EXTRAÑO (HERIDAS DE BALA, CERCLAJE DE RETINA)
SI NO LESION OCULAR QUE INCLUYA METAL
SI NO AUDIFONO *(QUITESELO ANTES DE ENTRAR A LA SALA DE RESONANCIA)*
SI NO ASMA O ENFERMEDAD CORONARIA, INSUFICIENCIA CARDIAL O RENAL
SI NO VALVULAS CARDIACAS ARTIFICIALES/ENDOPROTESIS CORONARIAS
SI NO PARCHES PARA LA PIEL CON MEDICAMENTOS
SI NO TATUAJES O PERFORACIONES EN EL CUERPO
SI NO CLAUSTROFOBIA
SI NO SOSPECHA DE EMBARAZO? TIEMPO DE GESTACION…….

ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO:_____
ESTUDIOS ANTERIORES:_____

MARQUE EN LA FIGURA ZONA DE DOLOR/ MOLESTIA:







FIRMA :_____