IMAGENOLOGIA POR RESONANCIA MAGNETICA (MAGNETEC RESONANCE IMAGING O MRI)

CUESTIONARIO SOBRE ABDOMEN

Nombre y Apellido: Fecha:

1- Razón por la que se somete a este estudio de imagenología por resonancia magnética, incluya cualquier queja reciente o nueva:

_____

_____

¿Desde hace cuánto tiempo presenta los síntomas? _____

2- ¿Cuáles son sus principales síntomas? (dolor, bultos, infección, etc.)

_____

_____

¿Desde hace cuánto tiempo? _____

3- ¿Tiene antecedentes de cáncer? _____ Si la respuesta es afirmativa ¿de qué tipo?
El tratamiento incluyo:

Radioterapia	Si	☐	No	☐
Quimioterapia	Si	☐	No	☐

Si su respuesta es afirmativa respecto a la radioterapia, ¿en que parte de su cuerpo?

_____ En caso afirmativo, ¿Cuándo? _____

4- ¿Se ha sometido a otra cirugía previa? _____ Si la respuesta es afirmativa, por favor, mencione el tipo y la fecha de la cirugía. _____

_____

5- ¿Está o será programado para un trasplante de algún órgano en el futuro?
Si su respuesta es afirmativa ¿Qué parte del cuerpo (u órgano)? _____

6- ¿Se ha sometido a algún estudio previo de imagenología de esta área? Si ☐ No ☐

Tipo de estudio:	**Fecha**	**Instalaciones**
Radiografías (rayos x)	_____	_____
Angiograma	_____	_____
Tomografía Computarizada (TAC)	_____	_____
Medicina nuclear (gammagrafía ósea)	_____	_____
Resonancia Magnética	_____	_____
Otro	_____	_____

_____

Notas del técnico del área de MRI:

_____

_____

_____

_____