



22408-03

Children's Healthcare of Atlanta
at Town Center - Radiología

Formulario de control de seguridad para un
examen de resonancia magnética (RM)
(MRI Safety Screening Form)

Nombre del paciente:
Patient Name

Fecha de nacimiento:
Date of Birth

No. de historia clínica:
Medical Record #

No. de cuenta:
Account #

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

Fecha:
Date

Formulario para: Paciente Padre/tutor legal Empleado del hospital Otro, nombre:
Form for: Patient Parent/Guardian Staff Other, name:

Edad Sexo: mujer hombre
Age Sex: Female Male

Número de teléfono Razón para efectuar el examen de RM:
Phone Number Reason for MRI:

Sólo para mujeres - ¿Está usted embarazada?: No Sí

Información de seguridad sobre la Resonancia Magnética:

Puesto que una resonancia magnética (RM) actúa como un imán gigante, los objetos metálicos sueltos que haya en la sala de RM pueden hacerle daño a cualquier persona que esté en la zona, incluyendo a usted y su niño. Por lo tanto, antes de entrar en la zona de RM se deben retirar todos los objetos metálicos y electrónicos, incluyendo: audífonos llaves, buscapersonas (beepers), teléfonos celulares, horquillas o hebillas para el cabello, joyas, incrustaciones corporales (piercing), reloj, ganchos/seguros para la ropa, ganchos para sujetar papeles o billetes, tarjetas de crédito, bolígrafos, navajas, cortaúñas, herramientas, ropa con cierres metálicos, armas y pistolas.

MRI Safety Information:

Because an MRI acts like a giant magnet, loose metallic objects in and around the MRI room can harm anyone in the area, including you and your child. Therefore, before entering the MRI area all metallic and electronic objects must be removed, this includes: hearing aids, keys, beepers, cell phones, hairpins, barrettes, jewelry, body piercing, watch, safety pins, paperclips, money clips, credit cards, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, weapons, and guns.

El sistema de resonancia magnética está SIEMPRE encendido; por lo tanto, si tiene preguntas o inquietudes, por favor consulte con el técnico, enfermero o radiólogo, ANTES de entrar a la sala de RM.

The MRI system is ALWAYS on, so if you have any questions or concerns, please ask the technologist, nurse or radiologist BEFORE you enter the MRI room.

El ruido que genera la RM es muy alto. Para prevenir posibles problemas debido al fuerte ruido, durante la escanografía se deben usar taponos en los oídos o protectores auditivos.

The noise that the MRI makes is very loud. In order to prevent possible problems due to the increased noise, earplugs or other hearing protection are required during the scan.

Por favor lea y responda cuidadosamente las siguientes preguntas:

Please carefully read and answer the following questions:

- 1. ¿Se ha hecho antes alguna RM? No Sí
Have you ever had an MRI? No Yes
En caso afirmativo, por qué razón y cuándo
If yes, give reason and when
¿Fue sedado para la RM? No Sí
Were you sedated for the MRI? No Yes
2. ¿Tiene dispositivos médicos implantados? No Sí
Do you have any implanted medical devices? No Yes
En caso afirmativo, anote los dispositivos
If yes, list devices
3. ¿Alguna vez ha sido herido por un objeto metálico, por ej: bala, perdigones, esquirla? No Sí
Have you ever been injured by a metal object (for example: bullet, BB, shrapnel)? No Yes
En caso afirmativo, por favor describa
If yes, please describe
4. ¿Alguna vez se ha herido su(s) ojo(s) con objetos metálicos o fragmentos? No Sí
Have you ever had an injury to your eyes involving a metal object or fragment? No Yes
En caso afirmativo, por favor describa
If yes, please describe
5. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía, operación o procedimiento cardíaco? No Sí
Have you ever had any surgery, operation, or heart procedure? No Yes
En caso afirmativo, indique las fechas de las cirugías más recientes:
If yes, please indicate date for the most recent surgeries:
Fecha / / Tipo de cirugía
Date / / Type of surgery
Fecha / / Tipo de cirugía
Date / / Type of surgery
Fecha / / Tipo de cirugía
Date / / Type of surgery
6. ¿Alguna vez le han hecho trabajo de ortodoncia? No Sí
Have you had any orthodontic work? No Yes
En caso afirmativo, por favor describa
If yes, please describe

**Por favor marque Sí o No en cada casilla a continuación, o déjela en blanco si no entiende. Si tiene preguntas, por favor consulte con el enfermero, técnico o médico.**

Please check Yes or No for each box below, or leave blank if you do not understand. If you have any questions, please ask the nurse, technologist, or physician.

<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	Ojo, miembro o articulación artificial (Artificial eye, limb, or joint)	Nombre del paciente: Patient Name _____	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Pinza ( <i>clip</i> ) en la aorta, pinzas de aneurisma, o abrazadera vascular (Aortic clip, aneurysm clips, or vascular clamp)	Fecha de nacimiento: Date of Birth _____	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Válvulas cardíacas artificiales, dispositivo para cerrar orificios anormales del corazón (ASD/VSD) (Artificial heart valves, Clam closure device (ASD/VSD))	No. de historia clínica: Medical Record # _____	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Incrustación corporal ( <i>piercing</i> ) Body Piercing	No. de cuenta: Account # _____	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dónde: Locations:	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Espirales, filtros, tubos expansibles intravasculares ( <i>stent</i> )- implantados (Coils, filter or stent - implanted-)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Aparatos ortodoncia, frenos dentales, espaciadores, ensanchadores del paladar o dispositivo Herbst (Orthodontic appliances: dental braces, spacers, palate expanders, or Herbst device)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dentaduras postizas, dientes desmontables, puentes dentales, implantado dentales (Dentures, removable teeth, partial plate, or dental implants)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implante coclear o de oído (Ear or cochlear implant)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Electrodos o parches de electrocardiograma (Electrodes or EKG pads)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implante eléctrico o mecánico como los de pene, electrodos o cables internos, catéter de nervio periférico (Electrical or mechanical implant such as penile, internal electrodes or wires, peripheral nerve catheter)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implante o dispositivo electrónico -activados magnéticamente (Electronic implant or device - magnetically - activated)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Resorte para los párpados (Eyelid spring)		
Sonda alimenticia, si la respuesta es afirmativa, qué tipo: _____ Feeding tube, if yes, what type				
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sonda G (G - Tube) <input type="checkbox"/> Sonda Mickey (Mickey Tube) <input type="checkbox"/> Sonda con pesa (Weighted Tube) <input type="checkbox"/> Otra (Other) _____		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Horquillas o hebillas para el cabello, pelucas ( <b>Retirar antes de entrar a la RM</b> ) (Hair pins, wig, or barrettes <b>(Remove before entering MRI)</b> )		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Audífonos ( <b>Retirar antes de entrar a la RM</b> ) Hearing aid <b>(Remove before entering MRI)</b>		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Corazón trasplantado, desfibrilador o marcapasos implantados (Implanted heart, defibrillator, or pacemaker)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Bomba implantada para infusión de medicamentos como baclofen, medicamentos para el dolor, insulina, bomba de quimioterapia (Implanted medicine infusion pump such as baclofen, pain medication, insulin, chemo therapy pump)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Catéter o puerto insertado: Tenchoff, broviac, port cath, swan ganz, catéter venoso central (línea central), epidural, etc. (Inserted catheter or port: Tenchoff, broviac, port cath, swan ganz, CVL (central line), epidural, etc.)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dispositivo intrauterino, diafragma o pesario (IUD, Diaphragm, or Pessarv)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Varillas metálicas, placas, tornillos, clavos, alfileres o alambres (Metal rod, plates, screws, nails, pins, or wires)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Parches medicinales como los de nicotina, nitroglicerina, control de natalidad, hormonas, dolor (Medicine patch such as nicotine, nitroglycerine, birth control, hormone, pain, or transdermal)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Estimulador del nervio vago o neuroestimulador, incluyendo estimulador medular (Neuro or vagal nerve stimulator including spinal stimulator)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Semillas o implantes radioactivos (Radiation seeds or implants)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dispositivos de fijación de la columna vertebral, procedimiento de fusión vertebral (Spinal fixation device, spinal fusion procedure)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Derivación espinal o ventricular (Spinal or ventricular shunt)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Derivación espinal o ventricular programable (Spinal or ventricular programmable shunt)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es afirmativa, ¿Ha hecho una cita con el médico para reprogramarla? If yes, have you made an appointment at the doctor's office to have it re-programmed?	<input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Grapas quirúrgicas, pinzas o suturas metálicas (Surgical staples, clips, or metal sutures)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tatuajes o delineador de ojos, tatuado (Tattoos or tattooed eyeliner)		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Expansores tisulares como aquellos para aumentar el busto. Si la respuesta es afirmativa, explique cuál y dónde: _____ Tissue expanders such as one to enlarge the breast. If yes, what and where:		

Doy fe, a mi leal saber y entender, que la información que he dado en este formulario es correcta. He leído y entiendo el contenido del mismo, y tuve la oportunidad de hacer preguntas en relación con la RM, este formulario y la información en este formulario.

I state that the information on this form is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and had a chance to ask questions about the MRI scan, this form and the information on this form.

Firma (el paciente puede firmar únicamente si tiene por lo menos 18 años de edad) Signature (Patient may sign only if at least 18 years old)	Parentesco con el paciente Relationship to patient	Fecha Date	Hora Time
Signature of interpreter or ID # of phone interpreter (if applicable) _____			

<b>FOR MRI STAFF ONLY</b>		<input type="checkbox"/> Initial Screening: Interview Conducted.
<input type="checkbox"/> Patient Identification	<input type="checkbox"/> MRI Safe Oxygen Tank	
<input type="checkbox"/> Patient's Equipment is MRI Safe Equipment	<input type="checkbox"/> Screened with MRI Target Scanner	
Patient's Weight (kg) _____	Patient's Height (cm) _____	
Signature of Screener (MR Technologist must sign for all clinical exams)	Date	Time