

ENCUESTA PARA EXÁMENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Estimado paciente: DAR AVISO si posee elementos metálicos en su cuerpo, si utiliza bomba de insulina, si es oxígeno dependiente y/o usa **marcapaso cardíaco**. Solicitamos responder las siguientes preguntas con letra clara.

Pida ayuda en recepción si tiene dificultades o dudas

Asignado a: _____
Entrega DVD: _____

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____	Rut: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____	Correo electrónico: _____	Peso Kg: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____	Estatura: _____

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (X) Sí No

¿Le han inyectado medio de contraste gadolinio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presentó alguna reacción alérgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene otros antecedentes alérgicos? (Medicamento, alimento, factor ambiental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se encuentra premedicado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está Ud. embarazada? No sé:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de última menstruación: _____		
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDIQUE SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES. MARQUE (X) Sí No

Enfermedades a los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál?	_____	
Toma medicamentos en forma crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles?	_____	
Consume metformina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro similar ¿Cuál?	_____	
Tratamientos de quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo y cuándo?	_____	
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo y cuándo?	_____	
Inmunoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo y cuándo?	_____	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieloma múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sí No

¿Tiene válvula cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre claustrofobia? (Miedo a espacios cerrados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene implantes cocleares o auditivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Uso de prótesis dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos fuma al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Desde cuándo fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: _____
 Describa sus molestias y desde cuándo las presenta: _____

CIRUGÍAS (Marque con una X si le han extraído u operado alguno de estos órganos)

	Indique fecha		Indique fecha	
Vesícula	<input type="checkbox"/>	/ / /	Hígado	<input type="checkbox"/>
Apéndice	<input type="checkbox"/>	/ / /	Intestino	<input type="checkbox"/>
Riñón	<input type="checkbox"/>	/ / /	Estómago	<input type="checkbox"/>
Útero	<input type="checkbox"/>	/ / /	Próstata	<input type="checkbox"/>
Ovarios	<input type="checkbox"/>	/ / /	Pulmón	<input type="checkbox"/>
			Otros:	_____

Firma de paciente o representante

USO EXCLUSIVO DE SAN LORENZO

Medio de Contraste EV: _____ ML _____	Horas de ayuno: _____ hrs.
VFG ml/min: _____ Creatinina: _____	Hidratación: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vol: _____
Inst de VVP: _____ Sitio de Punción: _____ D°: _____ I°: _____	Suero EV: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vol: _____
Nombre y firma tecnólogo: _____	Fecha: _____