



CUESTIONARIO PARA PACIENTES, PREVIO A LA
REALIZACION DE ESTUDIOS DE RESONANCIA
MAGNETICA

Código	IMG-DO-01
Versión	01
Fecha de Ingreso	21/03/2024
Hora de Ingreso	02:14:00 PM
P-ID	4-2
Médico	RITO JOSE SANCHEZ PEREZ

Cat. Adm. URGENCIAS (EGY)

Tipo Adm. GENERAL (EGY)

Área Adm. ADMISION URGENCIAS

I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE							
Nombre	JUAN GONZALEZ			Sexo	MASCULINO	NºIdentif	8-00-678-887-D
Edad	52 A 6 M 20 D	F.Nac.	01/09/1971	E.Civil	SOLTERO		Tel. 78787877
Dirección	PANAMA						
Cía Aseg.	JUBILADO		Estudio a Realizar				
Responsable	JUAN GONZALEZ - [PACIENTE]						

Motivo para realizarse el estudio y/o síntomas:

1. Anteriormente le han realizado alguna cirugía (artroscopía, endoscopia, etc.)? Sí No

Si respondió afirmativamente, indique la fecha y tipo de cirugía:

Tipo de Cirugía: Fecha:

Tipo de Cirugía: Fecha:

2. Anteriormente le han realizado estudios de diagnóstico (RM, CT, Ultrasonido, rayos X) Sí No

Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

3. Ha tenido algún problema relacionado con estudios o procedimientos anteriores con resonancia magnética? Sí No

Sí respondió afirmativamente, descríbalos:

4. Sufre de alguno de los siguientes trastornos:

Claustrofobia: Sí No

Trastorno de la respiración Sí No

Trastorno del movimiento Sí No

5. Se ha golpeado con objetos o fragmentos metálicos (astillas metálicas, virutas, cuerpos extraños, balas, perdigones)? Sí No

Si respondió afirmativamente, describa el incidente:

6. Está tomando actualmente algún tipo de medicamento? Sí No

Si respondió afirmativamente, indique los medicamentos:

7. Tiene historia de reacción alérgica o reacciones alérgicas a medios de contraste utilizados en resonancia magnética o tomografía Sí No

Si respondió afirmativamente, descríbala:

8. Tiene alguna enfermedad que afecte su riñón Sí No

Si respondió afirmativamente, descríbala:

El estudio de Resonancia Magnética (RM) es una técnica de imagen que combina la acción de un potente campo magnético creado por un imán con la aplicación de ondas de radiofrecuencia. Ciertos implantes, dispositivos u objetos metálicos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el estudio de resonancia magnética.

Antes de entrar a la sala del equipo debe quitarse todo objeto metálico, aparatos electrónicos incluyendo relojes, teléfonos, joyas, tarjetas bancarias o magnéticas, monedas, lentes, bolígrafos, cuchillos.

En caso de tener alguna pregunta o duda relacionada con algún objeto, implante o dispositivo debe consultar con el Médico Radiólogo o Técnico de Resonancia Magnética antes de entrar a la sala del equipo.

Advertencia: El equipo de resonancia magnética siempre tiene el imán encendido

Para las pacientes de sexo femenino:

Fecha de su último periodo menstrual	Fecha:	
Está embarazada o tiene retraso del período	Sí	No
Está amamantando a su bebé	Sí	No

Indique si tiene alguno de los siguientes dispositivos en su cuerpo:

1.	Algún tipo de prótesis, implante o dispositivo electrónico	Sí	No
2.	Articulaciones artificiales (rodillas, cadera)	Sí	No
3.	Bomba de infusión de insulina	Sí	No
4.	Implante coclear u otro implante del oído	Sí	No
5.	Catéter de acceso vascular	Sí	No
6.	Clip de aneurisma	Sí	No
7.	Cualquier cuerpo o fragmento metálico	Sí	No
8.	Dentaduras o placas parciales	Sí	No
9.	Dispositivo implantado para infusión de medicamento	Sí	No
10.	Dispositivo intrauterino	Sí	No
11.	Electrodos o alambres internos	Sí	No
12.	Estimulador de crecimiento/fusión de huesos	Sí	No
13.	Grapas quirúrgicas	Sí	No
14.	Implante o dispositivo activado magnéticamente	Sí	No
15.	Implante con desfibrilador para conversión cardíaca	Sí	No
16.	Marcapasos cardíaco	Sí	No
17.	Malla metálica	Sí	No
18.	Parche de medicamentos	Sí	No
19.	Perforación o piercings	Sí	No
20.	Placas, tornillos o alambres	Sí	No
21.	Prótesis de reemplazo valvular cardíaca	Sí	No
22.	Semillas o implantes de radiación	Sí	No
23.	Sistema de neuroestimulación	Sí	No
24.	Tatuaje o maquillaje permanente	Sí	No

Leído y entendido el contenido de este cuestionario y habiendo tenido la oportunidad de aclarar cualquier duda con relación a la información de este y sobre el estudio de Resonancia Magnética al que me voy a someter, afirmo que toda la información suministrada por mi persona es correcta.

Nombre: _____ Firma: _____

En caso de no ser el paciente:

Nombre Completo:

Parentesco: _____ Firma: _____

Revisado por: _____ Firma: _____

Este documento es propiedad del CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A. El uso de terceras personas está prohibido sin autorización escrita.



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD