

Name: \_\_\_\_\_  
 Last name First name Middle Initial

- Have you had prior surgery or an operation of any kind?.....No / Yes  
 If yes, please indicate the date and type of surgery:  
 Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Type of surgery: \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Type of surgery: \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Type of surgery: \_\_\_\_\_
- Have you had a prior diagnostic imaging study or examination (MRI, CT, Ultrasound, X-ray, etc.)? ..... No / Yes  
 If yes, please list: Body part Date Facility  
 MRI \_\_\_\_\_  
 CT/CAT Scan \_\_\_\_\_
- Have you experienced any problem related to a previous MRI examination?.....No / Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_
- Have you had an injury to the eye involving a metallic object or fragment?.....No / Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_
- Have you ever been injured by a metallic object or foreign body (e.g., BB, bullet, shrapnel, etc.)?.....No / Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_
- Do you have any allergies? ..... No / Yes  
 If yes, please list: \_\_\_\_\_

**Please circle Yes or No to any of the following:**

- |     |    |  |     |    |  |
|-----|----|--|-----|----|--|
| Yes | No | Aneurysm clip(s)                           | Yes | No | Vascular access port and/or catheter           |
| Yes | No | Cardiac pacemaker                          | Yes | No | Radiation seeds or implants                    |
| Yes | No | Implanted cardioverter defibrillator (ICD) | Yes | No | Swan-Ganz or thermodilution catheter           |
| Yes | No | Electronic implant or device               | Yes | No | Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)    |
| Yes | No | Magnetically-activated implant or device   | Yes | No | Any metallic fragment or foreign body          |
| Yes | No | Neurostimulation system                    | Yes | No | Wire mesh implant                              |
| Yes | No | Spinal cord stimulator                     | Yes | No | Tissue expander (e.g., breast)                 |
| Yes | No | Internal electrodes or wires               | Yes | No | Surgical staples, clips, or metallic sutures   |
| Yes | No | Bone growth/bone fusion stimulator         | Yes | No | Joint replacement (hip, knee, etc.)            |
| Yes | No | Cochlear, otologic, or other ear implant   | Yes | No | Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc. |
| Yes | No | Insulin or other infusion pump             | Yes | No | IUD, diaphragm, or pessary                     |
| Yes | No | Implanted drug infusion device             | Yes | No | Dentures or partial plates                     |
| Yes | No | Any type of prosthesis (eye, penile, etc.) | Yes | No | Tattoo or permanent makeup                     |
| Yes | No | Heart valve prosthesis                     | Yes | No | Body piercing jewelry                          |
| Yes | No | Eyelid spring or wire                      | Yes | No | Hearing aid (Please Remove)                    |
| Yes | No | Artificial or prosthetic limb              | Yes | No | Other implant                                  |
| Yes | No | Metallic stent, filter, or coil            | Yes | No | Breathing problem or motion disorder           |
| Yes | No | Shunt (spinal or intraventricular)         | Yes | No | Claustrophobia                                 |

**For female patients:**

- Date of last menstrual period: \_\_\_\_\_
- Are you pregnant or experiencing a late menstrual period?.....No / Yes
- Are you taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment?.....No / Yes
- Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments?.....No / Yes  
 If yes, please describe: \_\_\_\_\_
- Are you currently breastfeeding?.....No / Yes

**NOTE: You may be advised or required to wear earplugs or other hearing protection during the MR procedure to prevent possible problems or hazards related to acoustic noise.**

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I read and understand the contents of this form and had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MR procedure that I am about to undergo.

Signature of Person Completing Form: X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Signature Relationship  
 MRI Technologist Initials: \_\_\_\_\_ MRI Staff only: Picture ID Checked: YES / NO Employee Initials: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

1. ¿Anteriormente, Le han hecho alguna cirugía U operación de cualquier tipo?.....No Si  
 Si respondió afirmativamente, indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_

2. ¿Anteriormente, Le han hecho algún estudio o examen de diagnóstico (MRT, CT, Ultrasonido, Rayos-X, etc.)?.....No Si  
 Si respondió afirmativamente, descríbalos a continuación:

MRI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar/Institución: \_\_\_\_\_

CT/CAT: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar/Institución: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios o procedimientos anteriores con MRI?.....No Si  
 Si respondió afirmativamente, descríbalos: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha golpeado el ojo con un objeto o fragmento metálico (e.g., astillas metálicas., virutas, objeto extraño, etc.)?.....No Si  
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha sido alcanzado alguna vez por un objeto metálico u objeto extraño?.....No Si  
 Si respondió afirmativamente, describa el incidente: \_\_\_\_\_

6. ¿Padece de alergias? ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_ No Si

**Por favor circule Si o No para los siguientes:**

Sí	No	Pinza(s) de aneurisma	Sí	No	Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
Sí	No	Marcapasos cardíaco	Sí	No	Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
Sí	No	Implante con desfibrilador para conversión cardíaca	Sí	No	Implante tipo malla
Sí	No	Implante electrónico ó dispositivo electrónico	Sí	No	Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
Sí	No	Implante ó dispositivo activado magnéticamente	Sí	No	Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
Sí	No	Sistema de neuroestimulación	Sí	No	Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
Sí	No	Estimulador de la médula espinal	Sí	No	Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre.
Sí	No	Electrodos ó alambres internos	Sí	No	Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
Sí	No	Estimulador de crecimiento/fusión del hueso	Sí	No	Dentaduras ó placas parciales
Sí	No	Implante coclear, otológico, u otro implante del oído	Sí	No	Tatuaje ó maquillaje permanente
Sí	No	Bomba de infusión de insulina ó similar	Sí	No	Perforación (piercing) del cuerpo
Sí	No	Dispositivo implantado para infusión de medicamento	Sí	No	Audífono (Quiteselo antes de entrar
Sí	No	Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)	Sí	No	Otro implante
Sí	No	Prótesis de válvula cardíaca	Sí	No	Problema respiratorio ó desorden del movimiento
Sí	No	Muelle ó alambre del párpado	Sí	No	Claustrofobia
Sí	No	Extremidad artificial ó prótesis	Sí	No	Semillas ó implantes de radiación
Sí	No	Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico	Sí	No	Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
Sí	No	Shunt (espinal ó intraventricular)	Sí	No	Catéter y/u orificio de acceso vascular

**Para Pacientes Femeninos:**

6. ¿Fecha de su último periodo menstrual: \_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada o tiene retraso con su periodo menstrual?.....No Si

8. ¿Está Tomando contraceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal?.....No Si

9. ¿Está tomando algún tipo de medicamentos para la fertilidad o está en tratamiento de fertilidad?.....No Si

10. ¿Está amamantando a su Bebe?.....No Si

**NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protección de sus oídos durante el procedimiento de MRI para prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en la sala del MRI.**

Atestiguo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

**Firma del Paciente:** X \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**MRI Staff only:** Picture ID Checked: YES / NO **Employee Initials:** \_\_\_\_\_