

DENVER INTEGRATED IMAGING

Tomografía por Resonancia Magnética (TRM) // MAGNETIC RESONANCE (MR)

Fecha//Date ____/____/____ Nombre//Name _____
Last name First name

Edad//Age _____ Altura// Height _____ Peso//Weight _____ Hombre(M)/Mujer(F)

Fecha de Nacimiento//DOB ____/____/____ Parte del cuerpo examinada// Body Part to be Examined _____

Sintomas o razon por examen//Reason for CT and/or Symptoms: _____

Cuanto tiempo con sintomas//How long have you been treated for this injury/illness: _____

Medico Referido//Referring Physician _____ Telefono// Telephone (____) ____ - _____

1 ¿Ha tenido usted anterior cirugía o una operación de cualquier clase? // Have you had prior surgery or an operation of any kind? No SI //Yes

Si sí, por favor indique la fecha y tipo de cirugía // If yes, please indicate the date and type of surgery:

Fecha//Date ____/____/____ Tipo de Cirugía//Type of surgery _____

Fecha//Date ____/____/____ Tipo de Cirugía//Type of surgery _____

2. Ha tenido usted un estudio anterior de MRI, CT, Ultrasonido, Rayos X, etc. // Have you had a prior diagnostic imaging study or examination? No SI// Yes Si, si porfavor de una lista // If yes, please list:

Cuerpo// Body part	Fecha// Date	Lugar// Facility
MRI	____/____/____	_____
CT/CAT Scan	____/____/____	_____
X-Ray	____/____/____	_____
Ultrasound	____/____/____	_____
Medicina Nuclear// Nuclear Medicine	____/____/____	_____
Otro//Other	____/____/____	_____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con estudios anteriores o procedimientos de un MRI? // Have you experienced any problem related to a previous MRI examination or MR procedure? SI//Yes No

Si, si porfavor explique // If yes, please explain: _____

4. ¿Ha tenido un accidente en el ojo con algun fragmento o objeto metalico? (e.g. astillas metálicas, soldadura, etc.?) // Have you had an injury to the eye involving a metallic object or fragment. SI//Yes No

Si, si porfavor explique // If yes, please explain: _____

5. ¿Se ha lastimado por un objeto metalico? (e.g. bala, BB, granada de metralla, etc?) // by a metallic object or foreign body? SI//Yes No

Si, si porfavor explique // If yes, please explain: _____

6. ¿Es usted actualment tomando alguna medicación o droga? // Are you currently taking or have you recently taken any medication or drug?

SI//Yes No Si, si porfavor liste // If yes, please list: _____

7. ¿Tiene alergia a alguna medicación? // Are you allergic to any medication?

SI//Yes No Si, si porfavor liste // If yes, please list: _____

8. ¿Tiene usted una historia de asma, reaccion alergica, enfermedad respiratoria, o reaccion a medio de contraste o colorante usado para un examen de MRI, CT or Rayos X? // Do you have a history of asthma, allergic reaction, respiratory disease, or reaction to a contrast medium or dye used for an MRI, CT, or X-ray examination? SI//Yes No

9. ¿Tiene usted anemia o alguna enfermedad (s) que afecta su sangre, una historia de enfermedad renal (el riñón) o convulsiones? // Do you have anemia or any disease(s) that affects your blood, a history of renal (kidney) disease, or seizures? SI//Yes No

Si, si por favor describa // If yes, please describe: _____

Por favor indica si usted tiene cualquier de lo siguiente: (Por favor marque Sí O No) // Please indicate if you have any of the following:

SI//Yes	No	Clip del Aneurisma (s) // Aneurysm clip(s)
SI//Yes	No	Marcapasos Cardíaco // Cardiac pacemaker
SI//Yes	No	Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD)
SI//Yes	No	Implante electrónico o dispositivo // Electronic implant or device
SI//Yes	No	Activado magnéticamente implante o dispositivo // Magnetically-activated implant or device
SI//Yes	No	Sistema de neuroestimulación // Neurostimulation system
SI//Yes	No	Estimulador de la médula espinal // Spinal cord stimulator
SI//Yes	No	Electrodos o varillas Internas // Internal electrodes or wires
SI//Yes	No	Estimulador de fusión/crecimiento ósea // Bone growth/bone fusion stimulator
SI//Yes	No	Coclear, Otológico o algun otro implante de oreja // Cochlear, otologic or other ear implant
SI//Yes	No	Insulina o otra bomba de infusion // Insulin or other infusion pump

SI//Yes	No	Dispositivo implantado para infusión de drogas// <i>Implanted drug infusion device</i>
SI//Yes	No	Cualquier tipo de prótesis (ojo, de pene, etc)// <i>Any type of prosthesis (eye, penile, etc.)</i>
SI//Yes	No	Valvuloplastia - Prótesis de la válvula del Corazón// <i>Heart valve prosthesis</i>
SI//Yes	No	Alambre del párpado// <i>Eyelid spring or wire</i>
SI//Yes	No	Artificial o prótesis de extremidades// <i>Artificial or prosthetic limb</i>
SI//Yes	No	Stent metálico, filtro, o alguna bobina// <i>Metallic stent, filter, or coil</i>
SI//Yes	No	Derivación (espinal o intraventricular)// <i>Shunt (spinal or intraventricular)</i>
SI//Yes	No	Puerto Cascular de acceso y/ o el cateter// <i>Vascular access port and/or catheter</i>
SI//Yes	No	Implantes de Radiación o semillas// <i>Radiation seeds or implants</i>
SI//Yes	No	Swan-Ganz o cateter de termodilución// <i>Swan-Ganz or thermodilution catheter</i>
SI//Yes	No	Parche de Medicación (Nicotina, Nitroglicerina)// <i>Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)</i>
SI//Yes	No	Fragmento metálico o cuerpo humano extranjero// <i>Any metallic fragment or foreign body</i>
SI//Yes	No	Implante de malla de alambre// <i>Wire mesh implant</i>
SI//Yes	No	Un extensor de tejido fino// <i>Tissue expander (e.g., breast)</i>
SI//Yes	No	Grapas Quirúrgicas, clips o suturas metálicas// <i>Surgical staples, clips, or metallic sutures</i>
SI//Yes	No	Reemplazo de articulación (cadera, rodilla, etc) // <i>Joint replacement (hip, knee, etc.)</i>
SI//Yes	No	Tornillo, clavo, alambre, chapas de hueso/juntura// <i>Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc.</i>
SI//Yes	No	IUD, diafragma o pesario// <i>IUD, diaphragm, or pessary</i>
SI//Yes	No	Dentadura o platos parciales// <i>Dentures or partial plates</i>
SI//Yes	No	Tatuajes o maquillaje permanente// <i>Tattoo or permanent makeup</i>
SI//Yes	No	Joyería del cuerpo// <i>Body piercing jewelry</i>
SI//Yes	No	Ayuda Auditiva// <i>Hearing aid (Remove before entering MR system room)</i>
SI//Yes	No	Algún otro implante// <i>Other implant _____</i>
SI//Yes	No	Problema de Respiración o Desorden de moción// <i>Breathing problem or motion disorder</i>
SI//Yes	No	Claustrofobia// <i>Claustrophobia</i>

Solo para Mujeres//For female patients:

- Fecha de su último período menstrual://*Date of last menstrual period: ____/____/____* ¿Es Post-Menopausal? //*Post menopausal?*
SI//Yes No
- ¿Está embarazada usted o experimentando un período menstrual retrasado?//*Are you pregnant or experiencing a late menstrual period?*
SI//Yes No
- ¿Esta tomando anticonceptivos orales o tratamiento hormonal?// *Are you taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment?*
SI//Yes No
- ¿Toma usted algún tipo de medicación de fertilidad o tiene los tratamientos de fertilidad?//*Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments?* SI//Yes No
- ¿Usted esta amamantando?// *Are you currently breastfeeding?* SI//Yes No

Antes de entrar en el cuarto del sistema, usted debe quitar todos los objetos metálicos incluyendo prótesis auditivas, la dentadura, los platos parciales, las llaves, el bípier, el teléfono celular, los anteojos, los alfileres de pelo, los pasadores para el pelo, la joyería, la joyería de perforación del cuerpo humano, el reloj de pulsera, los imperdibles, los clips, el clip de dinero, las tarjetas de crédito, las cartas del banco, las cartas magnéticas, las monedas, las plumas, la navaja, el cortaúñas, las herramientas, la ropa con sujetadores de metal, y la ropa con hilos metálicos. Por favor consúltelo al Técnico o el Radiólogo si usted tiene cualquier pregunta o cualquiera preocupación ANTES DE QUE USTED ENTRE AL CUARTO DEL SISTEMA.

NOTA: Usted puede ser aconsejado o requerido para llevar puestos tapones de oídos u otra protección auditiva durante el procedimiento para prevenir problemas posibles o los peligros se relacionó con ruido acústico.

LA ADVERTENCIA: Ciertos injertos, ciertos dispositivos, o ciertos objetos pueden ser arriesgados para usted y / o puede interferir con el procedimiento. NO entre en el cuarto del sistema si usted tiene cualquier pregunta o le concierne referente a un injerto, dispositivo, u objeto. Consúltelo al Técnico o Radiólogo antes de entrar al cuarto de sistema. El sistema de Resonancia Magnética SIEMPRE esta prendido. //*Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads. Please consult the MRI Technologist or Radiologist if you have any question or concern BEFORE you enter the MR system room.*

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.

WARNING: Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MR procedure. Do not enter the MR system room or MR environment if you have any question or concern regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist BEFORE entering the MR system room. The MR system magnet is ALWAYS on.

Yo atestiguo que la información encima es correcta según mi leal saber y entender. He leído y comprendo el contenido de esta forma y he tenido oportunidad de hacerle preguntas referente a la información en esta forma y estimando el método de TOMOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA (TRM)/MRI que estoy a punto de experimentar. // *I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MRI procedure that I am about to undergo.*

Nombre de paciente//Patient's Name: _____

Fecha//Date ____ / ____ / ____

Firma de persona llenando forma//Signature of Person Completing Form: _____

La Relación con el paciente/relationship to pt: _____

Por favor lea y firme si su MRI lleva un agente de contraste//Please read and sign if you are also to have a MRI with contrast.

Concenimiento para el uso de Agente de Contraste por vía Intravenosa

Consent for Intravenous Contrast Agent

Su doctor le ha ordenado un MRI que lleve contraste inyectable, el contraste será administrado por vía intravenosa (en su vena). El contraste es casi completamente eliminado en la orina con 24 horas tras inyección. Su uso primario es proveer realce de contraste y dar facilidades para ver áreas de preocupaciones o interés, tal como los vasos sanguíneos o tejido cicatricial. // *Your doctor has ordered your MRI to be performed with an injectable contrast agent, to be administered to you intravenously (in the vein). It is nearly completely eliminated in the urine with 24 hours after injection. Its primary use is to provide contrast enhancement and make it easier to see areas of concern or interest, such as blood vessels or scar tissue.*

Consiento para la inyección intravenosa de agente contrastante basado de gadolinio. Yo comprendo eso al igual que con cualquier medicación, incluyendo estos compuestos, hay un riesgo de reacciones físicas. Estos han sido explicados para mí y estoy de acuerdo en tener este método.

I consent to intravenous injection of gadolinium based contrasting agent. I understand that as with any medication, including these compounds, there is a risk of physical reactions. These have been explained to me and I consent to having this procedure.

La fecha//Date: _____ Firma//Signature: _____