



Comprehensive Diagnostic Imaging & Radiology

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA

Fecha: _____ Archivo #: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre: _____ Examen: _____

Una resonancia magnética utiliza un fuerte campo magnético y ondas de radio para estudiar la anatomía de los tejidos corporales. El procedimiento se ha utilizado en química desde la década de 1940. En la última década, se ha aplicado al estudio del cuerpo humano; el dispositivo ha sido revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para garantizar su seguridad y eficacia, y aprobado para su uso el 9/25/84.

POR FAVOR REVISE SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

- ___ Marcapasos cardíaco ___ Clips cerebrales ___ Clips aórticos ___ Derivaciones
___ Clips carotídeos ___ Cirugía de orejas ___ Válvula artificial del corazón ___ Embarazada
___ Bomba de insulina ___ Implante de pene ___ Metralla (balas) ___ Dentaduras
___ Stents cardíacos ___ Suturas de alambre ___ Chips metálicos en los ojos o debajo de la piel
___ Implante coclear ___ Cirugía cerebral ___ Cirugía cardíaca ___ Cirugía ocular
___ Audífono ___ Adhesivo de la retina ___ Estimuladores de cualquier tipo ___ Tatuaje
___ Perforación del cuerpo ___ ¿Alguna vez ha trabajado con metal? ___ Delineador de ojos permanente / ceja
___ Huesos fracturados tratados con: barras de metal, placas, tornillos, clavos o clips ___ Falsas Pestañas Magneticas
___ Joyas como aretes que no pueden quitarse o que requieren una herramienta para quitarlos ___ DIU
___ Monitor DE CUALQUIER TIPO (i.e. Insulina, Corazón) Colocado O Bajo Su Piel ___ Reemplazo de juntas
___ ¿Se ha realizado una colonoscopia o endoscopia superior en las últimas 6 semanas en las que se realizó una biopsia o un tejido se tomó una muestra que requirió el uso de un clip.

SI ES SÍ A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR, POR FAVOR, DIGA INMEDIATAMENTE AL TECNÓLOGO. NO ENTRA EN LA SALA DE ESCANEADO

SI COMPLETA ESTE FORMULARIO EN LÍNEA, Y USTED RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES, LLAME A HARTSDALE IMAGEN INMEDIATAMENTE AL (914) 761-4030. LE ADMINISTRAREMOS SI SE REQUIERE ALGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído lo anterior y entiendo que se me pedirá que se acueste sobre una mesa que se deslizará en un imán potente mientras se obtienen los datos necesarios. El examen será interrumpido o terminado a mi solicitud. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario de consentimiento si así lo deseo. Al firmar el consentimiento, reconozco que he leído y entendido su contenido y acepté este examen.

Paciente / Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente Indique la relación: _____

Tecnólogo: _____ Fecha: _____