



# Cuestionario De Resonancia Megnetica

San Diego County  
Bluebeam Radiology, PC  
3902 El Cajon Blvd, Suite A  
San Diego, CA 92105

Contact  
Telefono 888-992-3240  
Fax 888-992-3340  
wrg@bluebeamradiology.com

Return Completed Form to  Fax 888-992-3340  Email wrg@bluebeamradiology.com

## INFORMACION DEL PACIENTE

Sexo  Masculino  Femenino

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Telefono

Estado Civil

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Direccion

APT #

Codigo Postal

Estado

Cuidad

Referido por

## HISTORIA DEL ACCIDENTE

Describe sus sintomas en las partes afectadas

Como se lastimo? Accidente de carro, trabajo, tienda etc:

Cual es la fecha de su accidente?

Ha tenido cirugias en esta area(s)?  Si  No

Si SI, fecha(s)?:

Tipo de cirugia:

Ha tenido MRI's en esta area antes?  Si  No

Si SI, cuando?

## LISTA DE VERIFICACION PARA PELIGROS DE MRI

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas siguientes es si, por favor informe al tecnologo antes que el procedimiento comience. Los aparatos o bien pueden constituir un peligro para usted durante su procedimiento MRI o pueden interferir con las imagines. Por favor marque su respuesta en cada uno de los siguientes eh informe al tecnico si tiene culaquier tipo de METAL en su cuerpo ANTES del comienzo de su examen.

Marcapasos cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dentadura removable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pinza(s) para aneurisma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Metralla, bala, balin	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cualquier tipo de pinza o grapa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diafragma, DIU	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Clavo quirurgico o tornillos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estimulador del nervio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulacion artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bombas de insulina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Varillas o placas quirurgicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Implante audifono	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Otro tipo de metal en el cuerpo no en la lista anterior:

Si SI, en que fecha fue implantado el metal/objeto:

**\*Antes del examen se le pedirá que se quite todas las joyas de metal, incluyendo relojes.**

Declaro que la informacion que antecede es correcta segun mi leal saber y entender. He leído y comprendo todo el contenido de este formulario y he tenido una oportunidad para hacer preguntas con relacion a la informacion incluida en el mismo.

Firma del Paciente

Fecha