



Lakemont Medical Center, 7499 Old Hwy. 441 South, Lakemont, GA 30552
 Phone: 706-782-0770 Fax: 706-782-1091

INVESTIGACIÓN PACIENTE DE MRI

Nombre: _____ Fecha: _____ Peso: _____

Su doctor programar le para una exploración de la proyección de imagen de resonancia magnética (MRI). La máquina utiliza un campo magnético y la radiofrecuencia agita para obtener imágenes.. No hay peligros biológicos sabidos.

Debido a la presencia de un campo magnético los puntos siguientes no se deben tomar en el cuarto de MRI: Los relojes, las monedas, las llaves, los cuchillos, las dentaduras, los pernos del pelo, las plumas, la prótesis de oído, la carpeta, la joyería, la correa, los teléfonos, los beeperes o cualquier otro metal flojo se opone.

Hágale le tienen o tienen actualmente tenía siempre cualquiera del siguiente:

| | Sí | No | Descripción |
|--|-----|-----|-------------|
| Marcapasos | ___ | ___ | _____ |
| Cualquieres implants del oído o del ojo | ___ | ___ | _____ |
| Tiene usted siempre sido maquinista, soldador o metalúrgico | ___ | ___ | _____ |
| Tiene usted hizo siempre el metal en sus ojos o el metal quitar de sus ojos | ___ | ___ | _____ |
| Un clip del aneurysm del cerebro | ___ | ___ | _____ |
| Estimuladores en los nervios (unidad de T.E.N.N.S) | ___ | ___ | _____ |
| Cualquieres cirugías en las últimas seis semanas | ___ | ___ | _____ |
| Cualquier metal en su cuerpo tal como pernos implants quirúrgicos, metralla, balas etc | ___ | ___ | _____ |
| Implants, metralla, balas quirúrgicos etc. | ___ | ___ | _____ |
| Una insulina o bombas de la infusión | ___ | ___ | _____ |
| Válvulas artificiales del corazón | ___ | ___ | _____ |
| Usted tiene tattooed el eyeliner | ___ | ___ | _____ |
| IUD (dispositivo intrauterino) | ___ | ___ | _____ |
| ¿Hay una ocasión del embarazo? | ___ | ___ | _____ |
| ¿Es usted claustrophobic? | ___ | ___ | _____ |
| Enfermedad Renal De la Etapa Del Extremo | ___ | ___ | _____ |
| Escasez Renal | ___ | ___ | _____ |
| Otros enumeran: _____ | | | |

He leído la información antedicha y he contestado a las preguntas precedentes al mejor de mi conocimiento. Doy por este medio consentimiento para tener una exploración de MRI. He dirigido todas mis preguntas a mi doctor y/o al personal de MRI.

NOTIFIQUE POR FAVOR A LA RECEPCIONISTA O A TECNÓLOGO DE MRI SI USTED MARCÓ SÍ A CUALESQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTEDICHAS.

 NOMBRE DEL PACIENTE DE LA IMPRESIÓN

 FIRMA DEL PACIENTE

 Fecha