

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

Sede 9 de Julio 3250
0342 4525422
4553423 - 4534812
Sede 25 de Mayo 3228
0800 555 7264
contactos@ctdimagenes.com
www.ctdimagenes.com

Paciente: Fecha de Nacimiento:

Edad: Sexo: F M Peso: Estatura:

ATENCIÓN:

Lea cuidadosamente este cuestionario. Si posee alguno de estos elementos, señale la casilla correspondiente y avise con antelación a su turno en Secretaría.

- Marcapaso cardíaco (o si lo ha llevado anteriormente)
- Desfibrilador cardíaco
- Clips de aneurisma en cerebro
- Estimulador de crecimiento óseo
- Dispositivo implantado de goteo de fármacos
- Neuroestimulador (unidad TENS)
- Prótesis auditiva
- Implante coclear (oído)
- Cualquier dispositivo eléctrico o metálico
- Cualquier tipo de pinza o grapa quirúrgica
- Prótesis valvular cardíaca
- Filtro vena cava Greenfield
- Anillo Gianturkle (anillo de émbolo de resorte)
- Implante de oído medio (prótesis de estribo)
- Prótesis de pene
- Prótesis orbitaria ocular
- Bala o fragmento de metralla
- Suturas de alambre
- Delineador de párpados tatuado
- Algún aparato dental sujeto por imán
- Cualquier otro elemento implantado
-
.....
- Diafragma o DIU
- Derivación renal
- Derivación ventricular (válvula)
- Malla de alambre
- Miembro o articulación artificial
- Otros aparatos ortopédicos (alfileres, tornillos, pinzas,
placas, alambres)
- Cualquier tipo de aparato o implante dental

Por favor señale en este dibujo la localización de cualquier metal que haya dentro de su cuerpo:



DERECHA IZQUIERDA

Detalles:

Si usted tiene alguna duda, pregunte en Secretaría antes de entrar al área de R.M.N.

Continúa al dorso

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica de cualquier tipo? SI NO

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿Está usted embarazada? SI NO

Quien suscribe Documento

Número con domicilio en calleN°

de la localidad de autoriza a realizar un estudio de **R.M.N** al paciente cuyos datos encabezan esta ficha, y declara formalmente que la información suministrada es correcta y acorde a sus conocimientos.

El paciente debe estar despojado de todo elemento metálico (alhajas, corpiño, corsete, etc) antes de ingresar a la sala de R.M.N.

Firma del paciente / familiar / responsable

N° ESTUDIO:	FECHA:	/	/	HORA:
EXÁMEN:				
MÉDICO DERIVANTE:				
CONTRASTE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ANESTESIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HISTORIA CLÍNICA:				
OBSERVACIONES:				

Técnico

Médico Practicante