

ENCUESTA RESONANCIA MAGNÉTICA

NOMBRE (1) Y APELLIDOS (2): _____ RUT: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD ____ años AMBULATORIO: SI NO // HABIT. / BOX: _____

TELEFONOS DE CONTACTO: _____ PESO: _____ kilos

Si se realizará una Resonancia Magnética **CON Medio de Contraste Endovenoso**, debe considerar lo siguiente:
Si es **MAYOR DE 70 AÑOS, DIABÉTICO, HIPERTENSO y/o tiene ENFERMEDAD RENAL** debe presentar resultado de **CREATININEMIA** de no más de 4 semanas de antigüedad. Si se ha realizado alguna Tomografía dentro de las últimas 72 horas, debe presentar **NUEVA CREATININEMIA**.

El Resonador Magnético utiliza un campo magnético intenso que afecta componentes electrónicos, internos y externos. Favor complete:

- ¿Tiene **MARCAPASOS**? SI NO Especifique Modelo, Marca, Año: _____
- ¿Tiene **VALVULA CARDIACA**? SI NO Indique: Mecánica Biológica Año Cirugía: _____
- ¿Tiene **STENT**? (MALLA EN ARTERIAS) SI NO Especifique cirugía: _____
- ¿Tiene **Clip Metálicos Internos**?
(Cerebrales, Gástricos, Pélvicos, otros) SI NO Especifique Cirugías: _____
- ¿Tiene **CATETER DE VIA CENTRAL** (Swan-Ganz)? SI NO Especifique: _____
- ¿Tiene **Implante Coclear** (Oídos) o Usa **Audífonos**? SI NO Especifique: _____
- ¿Tiene **NEUROESTIMULADOR** implantado (dispositivo electrónico)? SI NO Especifique: _____
- ¿Tiene **Tatuajes o Piercings**? SI NO Especifique: _____
- ¿Tienen APARATOS DE **ORTODONCIA, PRÓTESIS y/o FRENILLOS**? SI NO Especifique: _____
- ¿Tiene **PRÓTESIS ÓSEAS, TORNILLOS o BARRAS METÁLICAS**? SI NO Especifique: _____

Resonancia Magnética es una técnica sensible a movimientos, por lo tanto, es importante que el paciente se encuentre absolutamente inmóvil durante la realización del estudio, cuya complejidad hace variar la duración de éste. De acuerdo a eso, favor responda lo siguiente:

- ¿ES **CLAUSTROFÓBICO** o sufre **CRISIS DE PÁNICO**? SI NO Especifique: _____
- ¿Sufre de movimientos involuntarios? SI NO Especifique: _____
- ¿Se encuentra consciente y orientado? SI NO Especifique: _____
- Si requiere suministro de **Oxígeno**, adicional al natural, indique: _____ litros/hr:

Seleccionar en caso de presentar alguna de las siguientes **PATOLOGÍAS**:

- ¿Tiene **Enfermedad Renal Crónica**? SI NO // Valor Creatininemia: _____ mg/dL; Fecha: _____
- ¿Es usted Trasplantado Renal? SI NO // Fecha Cirugía: _____
- ¿Tiene **Diabetes Mellitus**? SI NO // Tratamiento: _____
- ¿Tiene Hipertensión Arterial (**HTA**)? SI NO // Tratamiento: _____

¿Se ha realizado una **RM** con **GADOLINIO** (contraste endovenoso)? SI NO Especifique: _____¿Tuvo alguna complicación con el contraste? SI NO Especifique: _____

Favor completar si corresponde:

¿Fecha de su **Última Regla**? _____¿Es posible que se encuentre **EMBARAZADA**? SI NO NO SÉ Se encuentra en período de Lactancia SI NO

NOMBRE y APELLIDOS _____ RUT _____ PESO _____ kg.

Complete las siguientes preguntas:

Indique NOMBRE DE MÉDICO TRATANTE: _____

MOTIVO DEL EXAMEN¿Presenta alguna **Molestia**? _____

¿Desde cuándo? _____

Si es **CONTROL MÉDICO**, indique Diagnóstico del Control: _____ Fecha de inicio de síntomas: _____
Diagnóstico y fecha de éste.¿Practica algún **DEPORTE**? _____
1.- _____¿Cuál (es)? _____
2.- _____SI NO _____
3.- _____¿Tiene alguna **PATOLOGÍA CRÓNICA**? _____
1.- _____SI NO _____
2.- _____

3.- _____

4.- _____

Tiene **ASMA** o está en **TRATAMIENTO** Fecha Última Crisis de Asma: _____ Medicamentos: _____**ACTUAL** por **ALERGIAS** Indique Alergias: _____SI NO Si toma Medicamentos para alergias, indíquelos: _____¿Se ha realizado alguna **Cirugía o** _____ Fecha Cirugía: _____**Procedimientos Quirúrgicos**? _____ Fecha Cirugía: _____SI NO _____ Fecha Cirugía: _____

4.- _____ Fecha Cirugía: _____

¿HA RECIBIDO **RADIOTERAPIA**? _____ Diagnóstico: _____ Fecha de Tratamiento: _____SI NO _____Nombre y Firma de quien completa Encuesta
(Unidad Origen de Paciente)Nombre y Firma de quien traslada y/o atiende a Paciente
(Unidad de Imagenología)