SAN LORENZO
CENTRO DE DIAGNÓSTICO

Signa Pioneer 3T ☐ RM 1.5T ☐ Hora:

ENCUESTA PARA EXÁMENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Estimado paciente dar aviso si posee elementos metálicos en su cuerpo, si utiliza bomba de insulina, si es oxígeno dependiente y/o usa marcapaso cardíaco.

Pida ayuda en recepción si tiene dificultades o dudas

Sucursal
Rancagua: ☐
Santa Cruz: ☐

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	Rut:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	**Peso Kg:**
Dirección:	Teléfono:	**Estatura:**

RESPONDA LAS PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X SI CORRESPONDE	SÍ
¿Le han inyectado medio de contraste gadolinio?	
¿Presentó alguna reacción alérgica?	
¿Tiene alergia declarada a algún medicamento?	
¿Cuál?	
¿Tiene otros antecedentes alérgicos?	
¿Cuál?	
¿Se encuentra premedicado?	
¿Está Ud. embarazada? No sé:	
Fecha de última menstruación:	
¿Está amamantando?	

ANTECEDENTES MÓRBIDOS MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE	SÍ
¿Tiene válvula cardíaca?	
¿Tiene marcapasos?	
¿Tiene implantes cocleares o auditivos?	
Paciente con un solo riñón	
¿Fuma?	
¿Cuántos fuma al día?	
¿Desde cuándo fuma?	
Toma medicamentos en forma crónica	
¿Cuáles? _____	
Inmunoterapia	
Radioterapia	
¿Cuánto tiempo y cuándo?	
Tratamientos de quimioterapia	
¿Cuánto tiempo y cuándo?	

RESPONDA SI PRESENTA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES MARCANDO CON UNA X	SÍ
Enfermedades a los riñones	
¿Cuál?	
Asma	
Mieloma múltiple	
Diabetes	
Enfermedades al corazón	
Epilepsia	
Hipertensión	
Lupus	

OTROS ANTECEDENTES MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE	SÍ
¿Uso de prótesis dental?	
¿Tiene piercing?	
¿Sufre claustrofóbia? (Miedo a espacios cerrados)	

Describa sus molestias y desde cuándo las presenta: _____

Otras enfermedades: _____

CIRUGÍAS ¿Usted ha sido operado/a ¿De qué?

_____

_____

_____
Firma de paciente o representante

USO EXCLUSIVO SAN LORENZO

Medio de Contraste EV: _____ ML _____ Horas de ayuno: _____ hrs.

VFG ml/min: _____ Creatinina: _____ Hidratación: Sí☐ No☐ Vol: _____

Inst de VVP: _____ Sitio de Punción: _____ D°:☐ I°:☐ Suero EV: Sí☐ No☐ Vol: _____

Nombre y firma tecnólogo: _____ Fecha: _____