

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.

Hora de examen:		
Asignado a:		
Entrega DVD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Pida ayuda en recepción si tiene dificultades o dudas

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

¿Le han inyectado medio de contraste gadolinio?	Sí
¿Presentó alguna reacción alérgica?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alergia declarada a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>
¿Cuál?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene otros antecedentes alérgicos?	<input type="checkbox"/>
¿Cuál?	<input type="checkbox"/>
¿Se encuentra premedicado?	<input type="checkbox"/>
¿Está Ud. embarazada?	No sé: <input type="checkbox"/>
Fecha de última menstruación:	<input type="checkbox"/>
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES MÓRBIDOS MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE

¿Tiene válvula cardíaca?	Sí
¿Tiene marcapasos?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene implantes cocleares o auditivos?	<input type="checkbox"/>
Paciente con un solo riñón	<input type="checkbox"/>
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos fuma al día?	<input type="checkbox"/>
¿Desde cuándo fuma?	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentos en forma crónica	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Inmunoterapia	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo y cuándo?	<input type="checkbox"/>
Tratamientos de quimioterapia	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo y cuándo?	<input type="checkbox"/>

RESPONDA SI PRESENTA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES MARCANDO CON UNA X

Enfermedades a los riñones	Sí
¿Cuál?	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Mieloma múltiple	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Enfermedades al corazón	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>

OTROS ANTECEDENTES MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE

¿Uso de prótesis dental?	Sí
¿Tiene piercing?	<input type="checkbox"/>
¿Sufre claustrofobia? (Miedo a espacios cerrados)	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: _____

Describe sus molestias y desde cuándo las presenta: _____

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

Firma de paciente o representante

USO EXCLUSIVO DE 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:

