



22408-03

Children's Healthcare of Atlanta

FORMULARIO DE CONTROL DE SEGURIDAD PARA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) MRI SAFETY SCREENING FORM

Nombre: Name
Fecha de nacimiento: Date of Birth
Núm. de historia clínica: MRN#
Núm. de cuenta HAR: Account/HAR#
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

Fecha de hoy: Today's date
Su número de teléfono/Your phone number:
Solo para mujeres: Females only
¿Está embarazada? Are you pregnant?
Edad: Age
Sexo: Sex
Este formulario es para: This form is for

Información de seguridad para MRI/MRI Safety Information

- La MRI utiliza un imán muy fuerte y SIEMPRE está encendido, por lo que los objetos metálicos sueltos dentro y alrededor de la MRI pueden lastimar a cualquier persona que esté en el área incluidos usted y su hijo.
Si tiene preguntas o inquietudes, avísenos ANTES de entrar a la zona de MRI.
La MRI hace un ruido muy fuerte, por lo que deberá usar tapones para los oídos u otra protección auditiva.

Por favor responda las siguientes preguntas. Lea cada pregunta con atención.

Please answer these questions. Read each question carefully.

- 1. ¿Le han hecho una resonancia magnética alguna vez (MRI)?
2. ¿Tiene dispositivos médicos implantados?
3. ¿Tiene alguna herida provocada por un objeto metálico?
4. ¿Alguna vez se ha lastimado los ojos con un objeto o fragmento metálico?
5. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía, operación o procedimiento cardíaco?
6. ¿Tiene algún aparato de ortodoncia o dental?
7. ¿Tiene un medidor continuo de glucosa (CGM, en inglés) o bomba de insulina?
8. ¿Tiene una sonda de alimentación?

Por favor, marque sí o no en cada casillero a continuación. Si no está seguro, déjelo en blanco. Por favor, hable con el auxiliar (técnico), enfermero o médico si tiene preguntas.

Please check Yes or No for each box below. If you are not sure, you may leave it blank. Please talk with the technologist (tech), nurse or doctor if you have questions.

Nombre: _____
Name

Fecha de nacimiento: _____
Date of Birth

Núm. de historia clínica: _____
MRN#

Núm. de cuenta HAR: _____
Account/HAR#

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Ojo, brazo, pierna o articulación artificial <i>Artificial eye, arm, leg or joint</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Pinza (clip) en la aorta, pinzas de aneurisma o abrazadera vascular <i>Aortic clip, aneurysm clips or vascular clamp</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Incrustaciones corporales. Si la respuesta es sí, ¿dónde? <i>Body piercing. If yes: where?</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dispositivos cardíacos (como válvulas artificiales u oclusores Amplatzer ASD/VSD) <i>Heart devices (like artificial valves or ASD/VSD Amplatzer occluders)</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Espirales, filtro o stent (implantados o colocados en el cuerpo) <i>Coils, filter or stent (implanted, or placed in the body)</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implantes dentales, dentaduras postizas, dentaduras parciales (placa parcial) o dientes que se sacan <i>Dental implants, dentures, partial dentures (partial plate) or teeth that can be removed</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implante auditivo o coclear <i>Ear or cochlear implant</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Electrodos o electrodos de ECG (parches pequeños y pegajosos con cables finos adheridos a la piel) <i>Electrodes or EKG pads (small, sticky patches with thin wires attached to the skin)</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implante eléctrico o mecánico (como implante peniano, electrodos o cables internos, o un catéter de nervio periférico) <i>Electrical or mechanical implant (like a penile implant, internal electrodes or wires, or a peripheral nerve catheter)</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Implante electrónico o dispositivo que se enciende (activa) mediante imanes <i>Electronic implant or device that is turned on (activated) by magnets</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Resorte para el párpado <i>Eyelid spring</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Horquillas, peluca o hebillas. <u>Quíteselos antes de entrar al área de la MRI</u> <i>Hair pins, wig or barrettes You must remove these before you enter the MRI area</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Audífono. <u>Quíteselos antes de entrar a la zona de la MRI</u> <i>Hearing aid You must remove this before you enter the MRI area</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Corazón trasplantado, desfibrilador o marcapasos <i>Implanted heart, defibrillator or pacemaker</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Bomba de infusión de medicina implantada (como baclofeno, analgésicos o bomba de quimioterapia) <i>Implanted medicine infusion pump (like a baclofen, pain medicine, or chemo pump)</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Catéter o puerto de inserción [como un Tenchoff, Broviac, Port-a-cath (puerto), Swan-Ganz, CVL (vía central) o epidural] <i>Inserted catheter or port [like a Tenchoff, Broviac, port-a-cath (port), Swan-Ganz, CVL (central line) or epidural]</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Un DIU en el útero o un diafragma o pesario en la vagina <i>An IUD in the uterus or a diaphragm or pessary in the vagina</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Pestañas magnéticas, maquillaje metálico o con brillantina, brillo para el cuerpo o el cabello. <u>Quíteselos antes de entrar al área de MRI</u> <i>Magnetic eye lashes, metallic or glitter makeup, or body or hair glitter – you must remove this before you enter the MRI area</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Varillas metálicas, placas, tornillos, clavos, pernos o alambres <i>Metal rod, plates, screws, nails, pins or wires</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Parche con medicamento (como de nicotina, nitroglicerina, anticonceptivo, hormonal, para el dolor o parche transdérmico) <i>Medicine patch (like a nicotine, nitroglycerin, birth control, hormone, pain or transdermal patch)</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Estimulador neurológico o del nervio vago. Esto incluye un estimulador de la médula espinal <i>Neuro or vagal nerve stimulator. This includes a spinal cord stimulator.</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Semillas de radiación o implantes para ayudar a tratar el cáncer <i>Radiation seeds or implants to help treat cancer</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Dispositivo de fijación vertebral que se colocó durante la cirugía de fusión vertebral <i>Spinal fixation device that was placed during spinal fusion surgery</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Derivación lumboperitoneal o ventriculoperitoneal / Spinal or ventricular shunt (VP) Si su respuesta es sí, ¿es programable (se pueden cambiar los ajustes)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>If yes: Is it programmable (settings can be changed)?</i> Si es programable, ¿ha concertado una cita para que lo reprogramen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>If programmable: Have you scheduled a doctor's visit to have it re-programmed?</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Grapas quirúrgicas, pinzas o suturas metálicas <i>Surgical staples, clips or metal sutures</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tatuajes o delineador de ojos tatuado <i>Tattoos or tattooed eyeliner</i>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Expansores tisulares como aquellos para aumentar el busto. Si su respuesta es sí, ¿qué tipo y dónde? <i>Tissue expanders, such as one to enlarge the breast. If yes: what kind and where?</i>

Doy fe, a mi leal saber y entender, que la información que he dado en este formulario es correcta. He leído y entiendo el contenido de este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la MRI, este formulario y la información que contiene.

I state that the information on this form is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form. I have had a chance to ask questions about the MRI scan, this form and the information on this form.

Firma (el paciente puede firmar sólo si es mayor de 18 años) <i>Signature (Patient may sign only if at least 18 years old)</i>	parentesco con el paciente <i>Relationship to patient</i>	Fecha <i>Date</i>	Hora <i>Time</i>
FOR MRI STAFF ONLY	Patient's Height (cm) _____	Patient's Weight (kg) _____	
<input type="checkbox"/> Patient Identification/Side and Site Correct	<input type="checkbox"/> Patient Visually Assessed Front and Back		
<input type="checkbox"/> Patient Consents Signed	<input type="checkbox"/> Patient's Equipment is MRI Safe Equipment		
<input type="checkbox"/> Patient Target Screened/Ferromagnetic Detector Completed	<input type="checkbox"/> Initial Screening: Interview Conducted by _____		
Signature of Time-Out Secondary MRI Personnel (Level 1 or 2)	Date	Time	
Signature of Screener (MRI Technologist for clinical exams)	Date	Time	