

## ENCUESTA PARA EXÁMENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

**Estimado paciente:** Deberá informar al personal de San Lorenzo si posee elementos metálicos en su cuerpo, si utiliza bomba de insulina, si es oxígeno dependiente y/o usa **marcapaso cardíaco**. En estas condiciones, se evaluará la realización del examen por nuestros profesionales. Solicitamos responder las siguientes preguntas con letra clara.

**Si tiene dificultades o dudas pida ayuda en recepción**

### PROCEDIMIENTO A REALIZAR

#### DATOS DEL PACIENTE

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

#### RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (X) Sí | No

¿Le han inyectado medio de contraste gadolinio?			
¿Presentó alguna reacción alérgica?			
¿Tiene otros antecedentes alérgicos? (Medicamento, alimento, factor ambiental)			
¿Se encuentra premedicado?			
¿Está Ud. embarazada?	No sé:		
Fecha de última menstruación:			
¿Está amamantando?			

#### Sí | No

¿Tiene válvula cardíaca?			
¿Sufre claustrofobia? (Miedo a espacios cerrados)			
¿Tiene marcapasos?			
¿Tiene implantes cocleares o auditivos?			
¿Uso de prótesis dental?			
¿Tiene piercing?			
¿Fuma?			
¿Cuántos fuma al día?			
¿Desde cuándo?			

#### INDIQUE SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES. MARQUE (X) Sí | No

Enfermedades a los riñones			
¿Cuál?			
Toma medicamentos en forma crónica			
¿Cuáles?			
Consume metformina			
Otro similar ¿Cuál?			
Tratamientos de quimioterapia			
¿Cuánto tiempo y cuándo?			
Radioterapia			
¿Cuánto tiempo y cuándo?			
Inmunoterapia			
¿Cuánto tiempo y cuándo?			
Asma			
Mieloma múltiple			

#### Sí | No

Enfermedades al corazón			
Diabetes			
Gota			
Paciente con un solo riñón			
Hipertensión			
Epilepsia			
Lupus			
Resistencia a la insulina			
Hipertiroidismo			
Antecedentes miasténicos			
Glaucoma			

Otras enfermedades: \_\_\_\_\_

Describa sus molestias y desde cuándo las presenta: \_\_\_\_\_

#### CIRUGÍAS (Marque con una X si le han extraído u operado alguno de estos órganos)

	Indique fecha		Indique fecha
Vesícula	/ /	Hígado	/ /
Apéndice	/ /	Intestino	/ /
Riñón	/ /	Estómago	/ /
Útero	/ /	Próstata	/ /
Ovarios	/ /	Pulmón	/ /

Otros: \_\_\_\_\_

Firma de paciente o representante

#### USO EXCLUSIVO DE SAN LORENZO

Paciente premedicado: Sí  No  Medio de Contraste EV: \_\_\_\_\_ ML \_\_\_\_\_

Ayuno: \_\_\_\_\_ Hrs. VFG: \_\_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_\_ Hidratación: Sí  No  Vol: \_\_\_\_\_

Inst de WP: \_\_\_\_\_ Sitio de Punción: \_\_\_\_\_ D°: \_\_\_\_\_ I°: \_\_\_\_\_ Suero EV: Sí  No  Vol: \_\_\_\_\_

Asignado a: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Nulo:  Entrega DVD

Nombre y firma tecnólogo médico responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_