



St. Joseph's Healthcare System

St. Joseph's Regional Medical Center
St. Joseph's Wayne Hospital
A Division of St. Joseph's Regional Medical Center
St. Vincent's Nursing Home

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD PARA RMN

Name: _____
DOB: _____
MR #: _____

OR PLACE STICKER HERE

Llene el formulario totalmente: marque todos los casilleros según corresponda. Debe contestar todas las preguntas. Después de terminar: firme, escriba la fecha, y envíe el formulario por fax al Departamento de MRI a x2623.

- | | |
|--|--|
| <p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cables marcapasos implantados</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desfibrilador (ICD)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganchos para aneurisma endocraneal</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía de reparación de aneurisma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimulador neural o raquídeo (unidad de TENS)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bomba de infusión de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stent endovascular
Tipo: _____ Fecha de implantación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bobina o filtro endovascular
Tipo: _____ Fecha de implantación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca
Tipo: _____ Fecha de implantación: _____
Fábrica: _____ Modelo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derivación ventriculoperitoneal o raquídea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implantes oculares / pegante retiniano</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resorte o alambre en el párpado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implante coclear, ótico o auditivo de otro tipo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Catéter de termodilución (Foley, nasogástrico)
Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispositivo Vidacare EZ-IO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examen con minicámara en píldora</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expansor de tejidos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mastectomía <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pesario</p> | <p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semillasde radioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parche de medicamento transdérmico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apósito que contiene metal (Ag)
Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tatuaje o maquillaje permanente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perforaciones con joyas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cualquier dispositivo electrónico implantado
Tipo: _____ Fecha de implantación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cualquier tipo de prótesis (ocular, peneana, etc.)
Tipo: _____ Fecha de implantación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trabaja con metales (moedor, soldador, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Balas o metralla</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis articular
Tipo: _____ Fecha de implantación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audífono</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implante dental; <input type="checkbox"/> Corona, <input type="checkbox"/> Fundas o <input type="checkbox"/> Puente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis dentales removibles</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis o <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal (marcar una)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drepanocitosis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazada</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lactancia materna</p> |
|--|--|

Describa sus síntomas: _____

Información obtenida de: Paciente Familiar Expediente Otro _____

-----For In-Patient Only-----

- | | |
|---|--|
| <p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Is the patient awake, alert and oriented?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Is the patient able to hold still for the exam?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Is pre-medication ordered for the Patient?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isolation Precaution Type: <input type="checkbox"/> Resp. <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Droplet</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Is the Patient vented?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Is the Patient on a medication pump?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does the patient have IV Access?</p> | <p>Patient weight: _____ lbs.</p> <p>eGFR: _____</p> |
|---|--|

Please have patient remove all jewelry, watches, and hair pins before coming to MRI Department.

Name of person completing form:

_____/_____
Print Name Signature Relationship if other than patient Date Time

Healthcare Provider: _____
Signature Date Time

Form Reviewed in MRI By: _____
Signature Date Time

For MRI Use Only: Ear Protection Provided: YES NO Initials: _____