

RESONANCIA MAGNÉTICA

APELLIDO Y NOMBRE:..... EDAD:.....

DNI:..... DIRECCIÓN:..... TELÉFONO:.....

INDICACIONES

IMPORTANTE

Sí Ud. posee marcapasos cardíaco, consulte con el profesional.
Es de suma importancia quedarse completamente **inmóvil** mientras dura el examen.

Escuchará ruidos que podrán ser de mediana intensidad por lo que se le ofrecerá protección acústica.

Si está indicado, se le inyectará un contraste que no contiene yodo.

SEÑALE LO QUE CORRESPONDA:

Ud. tiene:					
Prótesis dental removible	Sí	No	Clips vasculares	Sí	No
Implante metálico	Sí	No	Implante en oídos	Sí	No
Marcapasos cardíaco	Sí	No	Bomba de insulina	Sí	No
Bala o fragmentos metálicos	Sí	No	DIU	Sí	No
Ud. alguna vez:					
Se realizó artroscopías	Sí	No	¿De qué articulación?		
Ha tenido cirugías	Sí	No	¿De qué parte(s) del cuerpo?		
Se realizó resonancias	Sí	No	¿De qué parte(s) del cuerpo?		

ESTUDIOS PREVIOS ADJUNTADOS: RX: ECO: TC: RMN: M. NUCLEAR:

MOTIVO DEL ESTUDIO

.....

FIRMA DEL PACIENTE.....

REEXAMEN <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
FECHA NUEVO TURNO	SECUENCIAS A REALIZAR

MÉDICO RESPONSABLE DEL ESTUDIO.....TÉCNICO.....