



Fecha: / / .

## DOCUMENTO INFORMATIVO PARA LA RESONANCIA MAGNETICA.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

ESTUDIO SOLICITADO: \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_

¿POR QUE LE PIDEN ESTE ESTUDIO? \_\_\_\_\_

### ¿Qué le vamos a hacer?

Usted va a realizarse una prueba de Resonancia Magnética para obtener una valoración clínica y poder llegar a un diagnóstico. La RM es una técnica de imagen que utiliza un campo magnético intenso, es decir no se usan radiaciones ionizantes, (Rayos X).

### ¿Qué riesgos tiene?

Las precauciones a tomar son las derivadas de la acción del campo magnético que no ocasiona problemas si se cumplen las normas de seguridad que le indicará el personal de la unidad. La única circunstancia molesta la constituye el ruido que oírás durante la realización de la prueba.

Por favor, es importante que llene el siguiente cuestionario.

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • ¿Tiene usted marcapasos?                        | SI _____ NO _____ |
| • ¿Tiene usted implante coclear?                  | SI _____ NO _____ |
| • ¿Tiene usted clips endovasculares craneales?    | SI _____ NO _____ |
| • ¿Tiene usted bombas de infusión?                | SI _____ NO _____ |
| • ¿Está usted embarazada?                         | SI _____ NO _____ |
| • ¿Tiene usted prótesis cardíacas?                | SI _____ NO _____ |
| • ¿Tiene usted neuroestimuladores?                | SI _____ NO _____ |
| • ¿Tiene usted prótesis óseas?                    | SI _____ NO _____ |
| • ¿Es usted claustrofóbico?                       | SI _____ NO _____ |
| • ¿Usted presenta esquirlas o fragmentos de bala? | SI _____ NO _____ |
| • ¿Es usted alérgico a algún medicamento?         | SI _____ NO _____ |
| • ¿A cuál? _____                                  |                   |

**NOTA: Si existe algún otro motivo por el cual tenga contraindicado la realización de este estudio favor de comunicárselo al radiólogo a cargo.**

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO: \_\_\_\_\_

FIRMA DE CONFORMIDAD \_\_\_\_\_