



**SERVICIO DE
DIAGNÓSTICO
POR IMAGEN**
HIGA - SAN MARTÍN

**RESONANCIA
MAGNÉTICA**

NOMBRE Y APELLIDO:

D.N.I.:

OBRA SOCIAL:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TEL.:

ESTUDIO SOLICITADO:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

ESTUDIOS REALIZADOS:

**CUESTIONARIO INFORMATIVO Y PREVENTIVO.
IMPORTANTE: ESTE CUESTIONARIO DEBE COMPLETARSE
ANTES DE SOMETERSE A ESTUDIO RNM.**

El estudio de Resonancia Nuclear Magnética (RNM), utiliza magnetismo y ondas de Radiofrecuencia: en otras palabras es como un IMÁN GIGANTE y una ANTENA MUY POTENTE a la vez. El imán atrae fuertemente a los metales, por lo que cualquier objeto metálico es atraído por el imán y aún en el interior de su cuerpo puede ser influido por él, causando severas consecuencias. Así mismo las ondas emitidas pueden interferir con aparatos electrónicos vitales como por ejemplo, los marcapasos, deteniéndolos. Este cuestionario debe completarse a conciencia y si es necesario ayudado por el profesional que solicita la práctica. En caso contrario, un estudio sumamente beneficioso por la información que aporta a su médico, puede traer consecuencias muy severas, incluso poner en riesgo su vida.

**NO PODRÁ INGRESAR AL RESONADOR SI
ES PORTADOR DE ALGUNO DE LOS
SIGUIENTES ELEMENTOS:**

- Marcapaso cardíaco (o si lo ha llevado anteriormente).
Desfibrilador cardíaco.
Marcapaso.
Grapa (s) de aneurisma en cerebro.
Dispositivo implantado de goteo de fármacos.
Estimulador de crecimiento.
Neuroestimulador (unidad TENS).
Cualquier tipo de bioestimulador.
Prótesis auditiva.
Metal en el ojo.
Implante coclear.
Cualquier dispositivo electrónico implantado en su cuerpo.



Por favor señale en este dibujo la localización de cualquier metal que haya dentro de su cuerpo:

**Cuando concorra al examen, por favor
NO USE joyas, alhajas, hebillas o
sujetadores de cabello, lentes de
contacto, relojes.**

**Por favor indique si lleva algo de la lista,
ya que puede alterar su exploración:**

- Cualquier tipo de pinza o grapa quirúrgica.
- Prótesis valvular cardíaca.
- Filtro de vena cava Greenfield.
- Anillo Gianturke (anillo de embolo de resorte).
- Implante de oído medio (prótesis de estribo).
- Prótesis de pene.
- Prótesis orbitaria ocular.
- Bala o fragmento de metralla.
- Suturas de alambre.
- Delineador de párpados tatuado.
- Algún aparato dental sujeto por un imán.
- Cualquier otro elemento implantado.
- Diagrama o DIU.
- Derivación renal.
- Derivación intraventricular.
- Malla de alambre.
- Miembro o articulación artificial.
- Otros aparatos ortopédicos (alfileres, tornillos, uñas, pinzas, placas, alambres).
- Dentaduras o alambres correctores.
- Cualquier tipo de aparato dental.

Detalles:

Si tiene alguna duda, pregunte al médico o al técnico, o en el punto de información antes de entrar en el área de RNM.

¿Ha sufrido Ud. alguna intervención quirúrgica de cualquier tipo? SI NO

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Está Ud. embarazada? SI NO

APELLIDO Y NOMBRE:

EDAD:

FECHA DE NAC.:

INTERNADO EN:

SALA:

CAMA:

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. Nº

TEL.:

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN DE ESTE CUESTIONARIO ES VERDADERA.

FIRMA DEL PACIENTE:

ACLARACIÓN:

ESTUDIO PEDIDO POR EL DR.:

TEL.:

TÉCNICO: