

FREDERICK RADIOLOGY MRI SCREENING FORM

Today's Date/El día de hoy: _____

Name/Nombre: _____ Sex: **M** or **F** Weight/Peso: _____

Height/Altura: _____

Date of Birth/fecha de nacimiento: _____

Please describe any pain you are having currently/ por favor describa cualquier dolor?. _____

How long have you had this pain/ ¿Cuánto tiempo has tenido este dolor?? _____

Is this pain related to a prior injury? If yes, what injury/ ¿Este dolor está relacionado con una lesión previa? _____

Do you have, or have you ever had any of the following/ ¿tienes lo siguiente?	YES	NO
Cardiac Pacemaker/ ¿marcapasos cardíaco?		
Heart Surgery/ Heart Valve/ cirugía cardíaca o valvular?: If yes, explain:		
Implanted Cardiac Defibrillator (ICD), Pacer Wires/ desfibrilador cardíaco o cables?		
Brain Aneurysm Clip/ Brain Surgery/ cirugía cerebral o clips de aneurisma? : If yes, explain:		
Shunts/ Stents/ Filters/ Intravascular Coil/ stents o clips?		
Eye Surgery/ Implants/Springs/ Wires/ Retinal Tack/ alguna cirugía ocular o implantes?		
Injury to the eye involving Metal or Metal Shavings/ lesión en el ojo con metal?		
Orthopedic Pins/ Screws/ Rods/ Joints/ Prosthesis/ pernos o tornillos ortopédicos?		
Neurostimulator / Biostimulator/ neuroestimulador o bioestimulador?		
History of Cancer or Tumors/ Implanted Radiation Seeds/ historia de cáncer o semillas de radiación?		
Previous Back Surgery (Lumbar/ Thoracic/ Cervical): When: Where: cirugía de espalda previa? cuando y que nivel		
Ear Surgery/ Cochlear Implants/ Hearing Aids/ Stapes Prosthesis/ cirugía de oído o implantes?		
Vascular Access Port/ Catheter/ puerto de acceso vascular o catéter?		
Metal Mesh Implants/ Wire Sutures/ Wire Staples or Clips/ Internal Electrodes/ alguna malla metálica, grapas o alambres?		
Electrical/ Mechanical/ Magnetic Implants/ Penile Implant/ ¿implante eléctrico, mecánico, magnético o de pene?		
Implanted Drug Infusion Pump/ Insulin Pump/ bomba de infusión de drogas o bomba de aislamiento?		
Body Piercings/Tattoos? If yes, where:/ piercings en el cuerpo o nuevos tatuajes?		

Any type of medicated adhesive patches/ cualquier parche medicado?		
Dentures/ Partials/ Dental Implants/ dentaduras postizas, placas dentales y parciales?		
Gunshot Wounds/ Shrapnel/ heridas de bala o metralla		
Are you pregnant or is there a chance that you may be pregnant/ ¿Estás embarazada??		
Are you currently breastfeeding/ ¿estas amamantando?		

I attest that the information provided is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and I have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form. I understand if I provided false information regarding any metal injury and/ or implants, I am held responsible for any injury or risk that may be involved with having an MRI.

Acepto que la información proporcionada es correcta. He leído y entiendo este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario. Entiendo que si proporcioné información falsa sobre cualquier lesión metálica o implantes, soy responsable de cualquier lesión o riesgo que pueda estar relacionado con una resonancia magnética.

X _____

Date/Fecha: _____

Patient/Parent/Legal Guardian

Firma del paciente

X _____

Date: _____

Technologist Signature