

**INPATIENT MRI SCREENING--Spanish**

Patient or family member PRIOR to the MRI exam MUST fill out form completely.

**El paciente o un pariente debe contestar todas las preguntas ANTES de que se realice el examen de MRI (Imagen de Resonancia Magnética).**

**(FAX back to Radiology 598-7690 when completed. Call 598-4862 with questions.)**

Date of Birth **Fecha de Nacimiento:**\_\_\_\_\_Weight **Peso:**\_\_\_\_\_Height **Estatura:**\_\_\_\_\_

Do you have any allergies? (Y/N) **¿Tiene Ud. alguna alergia? (sí/no)**\_\_\_\_\_

If Yes, Please list them **Si tiene, favor de apuntarlas:**\_\_\_\_\_

The following items can interfere with MR imaging and some can actually be hazardous to your safety. **Los siguientes objetos pueden impedir las imágenes de resonancia magnética (MRI) y algunos de ellos pueden ser peligrosos para su seguridad física.**

Please check YES or NO if you have any of the following items **Por favor indique SÍ o NO si tiene alguno de los objetos siguientes:**

**YES/ SÍ**      **NO**

- Cardiac pacemaker or defibrillator **Marcapasos cardíaco o desfibrilador**
- Aneurysm clips **Pinza para aneurisma**
- Neurostimulator (TENS Unit) or insulin pump **Neuroestimulador (máquina de TENS) o bomba de insulina**
- Vascular clip or intravascular filter, coil or stent, swan ganz **Pinza vascular o filtro intravascular, espiral o prótesis coronaria (stent), swan ganz**
- Artificial heart valves **Válvula artificial del corazón**
- Pacing wires **Alambres conectados con un marcapasos o desfibrilador**
- Any metallic body such as shrapnel, gun shot wound, BB pellet **Objeto metálico como metralla, lesión de bala, pelotilla (BB) de arma de aire comprimido**
- Any ear implants/Hearing aids **Implante del oído/Audífonos**
- Any eye implants **Implante ocular**
- Tattoo eyeliner **Tatuaje de delineador para ojos**
- Any orthopedic items (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates) **Implante ortopédico (como alfileres, barras, tornillos, alambres, o placas)**
- Any surgical clips, wire sutures, or surgical staples **Pinzas quirúrgicas, puntos de alambre, o grapas quirúrgicas**
- Prosthesis or artificial limb or joint replacement **Prótesis, miembro artificial, o articulación artificial**
- Dentures **Dentaduras postizas**
- Nitroglycerin or Nicotine patches **Parche de nitroglicerina o nicotina**
- Penile Implant or IUD or diaphragm **Implante de pene, o dispositivo o diafragma**
- Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession? **¿Alguna vez en su vida, ha sido Ud. obrero metalúrgico, molinero, soldador, maquinista etc. como trabajo o pasatiempo?**
- Do you have any pieces of metal in your eyes? **¿Tiene Ud. algún objeto metálico en el ojo?**

PT.NO \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_ Place EPIC Label Within Box

DOB \_\_\_\_\_

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**INPATIENT MRI SCREEN-SPANISH**



\*U2392\*

YES/ SÍ      NO

- Do you have a history diabetes and/or hypertension? **¿Tiene Ud. un historial de diabetes y/o hipertensión (alta presión arterial)?**
- Do you have a history of liver disease, liver transplant, or pending a liver transplant? **¿Tiene Ud. un historial de enfermedad del hígado o trasplante de hígado, o está pendiente de un trasplante de hígado?**
- Are you allergic to MRI contrast? **¿Tiene Ud. alergia al medio de contraste de MRI?**
- Are you nursing an infant? **¿Está Ud. amamantando a un infante?**
  
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant? **¿Está Ud. embarazada o sospecha que podría estar embarazada?**
- Have you ever had a MRI scan? **¿Alguna vez le han hecho un examen de resonancia magnética (MRI)?**
- Will you need medication for pain and/or claustrophobia? **¿Necesitará Ud. medicamento para el dolor y/o claustrofobia?**
- Do you have kidney disease, impairment, decreased renal function or on dialysis? **¿Tiene Ud. enfermedad del riñon, deficiencia renal, función renal disminuida, o recibe diálisis?**
- Have you ever had surgery? **¿Ha tenido una cirugía alguna vez?**  
If so, when and what type? **En caso afirmativo, ¿cuándo y qué tipo?** \_\_\_\_\_

Please describe your symptoms and how long they have been present **Favor de describir sus síntomas y cuanto tiempo hace que los tiene:** \_\_\_\_\_

Do you have any other pertinent medical problems? **¿Tiene Ud. algún otro problema médico pertinente?** \_\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA		DATE/ FECHA	FORM REVIEWED BY
WITNESS/RELATIONSHIP/ RELACIÓN AL PACIENTE	PRINT NAME/ NOMBRE		DATE

PT.NO

NAME

DOB

Place EPIC Label Within Box

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**INPATIENT MRI SCREEN-SPANISH**



\*U2392\*