

## OUTPATIENT MRI SCREENING

**El paciente o algún miembro de la familia DEBE contestar la forma completamente ANTES del examen MRI (Patient or family member PRIOR to the MRI exam MUST fill out form completely).**

Nombre (Name) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Date of Birth): \_\_\_\_\_

Peso (Weight): \_\_\_\_\_ Altura (Height): \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alergias? (Si/No) (Do you have any allergies?(Y/N)) \_\_\_\_\_ Si es así, por favor escriba cuales son (If Yes, Please list them): \_\_\_\_\_

Los siguientes elementos pueden interferir con las imagines por resonancia magnetica o pueden ser peligrosos para su seguridad. Por favor Maque SI o NO si es que usted tiene alguno de los siguientes elementos:

The following items can interfere with MR imaging and some can actually be hazardous to your safety. Please check YES or NO if you have any of the following items:

**SI    NO**

- ¿Alguna vez usted ha tenido una Imagen por Resonancia Magnética? (Have you ever had a MRI scan?)
- Marcapasos cardiaco o desfibrilador (Cardiac pacemaker or defibrillator)
- Clips para aneurisma en el cerebro (Aneurysm clips in brain)
- Estimulador neural (unidad TENS), bomba de insulina o bomba intratecal para dolor (Neurostimulator (TENS Unit) or insulin pump or Intrathecal pain pump)
- Clip vascular, filtro intravascular, bobina o cable coronario, catéter de swan-ganz (Vascular clip or intravascular filter, coil or stent, or swan ganz)
- ¿Tiene usted alguna derivación ventricular? (Do you have any shunts?)
- Válvulas artificiales del corazón (Artificial heart valves)
- Expansor de tejido mamario (Breast tissue expander)
- Algún implante del oído/ aparato auditivo (Any ear implants/Hearing aids)
- Algún implante de ojo (Any eye implants)
- Tatuaje delineador (Tattoo eyeliner)
- Algún elemento ortopédico (ej clavos, tuercas, cables o placas) (Any orthopedic items (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates))
- Algún clip quirúrgico, suturas metálicas o grapas quirúrgicas (Any surgical clips, wire sutures, or surgical staples)
- Prótesis, extremidad artificial o remplazo de articulación (Prosthesis or artificial limb or joint replacement)
- Dentaduras (Dentures)
- Nitroglicerina o parches de nicotina (Nitroglycerin or Nicotine patches)
- Implante del pene o diafragma intrauterino (Penile Implant or IUD or diaphragm)
- ¿Alguna vez en su vida se ha sido obrero metalúrgico, soldador, maquinista etc, ya sea como hobby o profesión? (Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc., as a hobby or profession?)

PT.NO	Place EPIC Label Within Box
NAME	
DOB	

**UW Medicine**

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

**OUTPATIENT MRI SCREEN - SPANISH**

Page 1 of 2



\*U2393\*

WHITE - MEDICAL RECORD

**SI NO**

- ¿Tiene usted algún pedazo de metal en sus ojos? (Do you have any pieces of metal in your eyes?)
- ¿Es usted alérgico al contraste de MRI? (Are you allergic to MRI contrast?)
- ¿Toma medicina para  diabetes y/o  hipertensión? (Are you on medication for diabetes  and/or high blood pressure )
- ¿Tiene usted alguna enfermedad renal, impedimento, función renal disminuida o diálisis? (Do you have kidney disease, impairment, decreased renal function or on dialysis?)
- ¿Tiene antecedentes de enfermedad hepática, trasplante de hígado o está en espera de un trasplante de hígado? (Do you have a history of liver disease, liver transplant, or pending a liver transplant?)
- Cualquier cuerpo metálico como metralla, heridas de bala o balines (Any metallic body such as shrapnel, gunshot wound or BB pellet)
- ¿Está amamantando a un bebe? (Are you nursing an infant?)
- ¿Está embarazada o sospecha que puede estar embarazada? (Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?)
- Si usted tiene un puerto, ¿necesita que lo accedemos? (If you have a port, do you need it accessed?)
- ¿Alguna vez ha tenido cirugía? Si es así, ¿cuándo y que tipo? (Have you ever had surgery? If so, when and what type?) \_\_\_\_\_

Por favor describa sus síntomas y por cuanto tiempo han estado presentes (Please describe your symptoms and how long they have been present): \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún otro problema médico pertinente? (Do you have any other pertinent medical problems?)\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE / PATIENT SIGNATURE		FECHA/DATE	FORM REVIEWED BY
TESTIGO/ RELACION WITNESS/RELATIONSHIP	NOMBRE/ PRINT NAME		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

**OUTPATIENT MRI SCREEN - SPANISH**  
**Page 2 of 2**



WHITE - MEDICAL RECORD