

**FORMULARIO DE REVISIÓN PARA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)**

Patient or family member PRIOR to the MRI exam MUST fill out form completely.  
 El paciente o sus familiares DEBEN llenar este formulario por completo ANTES del examen MRI

Name - Nombre: \_\_\_\_\_

Date of Birth - Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Weight - Peso: \_\_\_\_\_ Height - Estatura: \_\_\_\_\_

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:

**Los siguientes objetos pueden interferir con la imagen de resonancia magnética y algunos pueden ser peligrosos para su seguridad. Indique SÍ o NO si tiene alguno de los siguientes objetos.**

YES/SÍ NO/NO

- Have you ever had an MRI scan?  
 ¿Alguna vez le han tomado imágenes de resonancia magnética (MRI)?
- Do you currently have an implanted cardiac pacemaker or defibrillator?  
 ¿Tiene implantado actualmente un marcapasos cardíaco o desfibrilador?
- Have you ever had a cardiac pacemaker or defibrillator removed?  
 ¿Alguna vez se le ha retirado un marcapasos cardíaco o desfibrilador?

DO YOU HAVE - TIENE:

- Aneurysm clips in brain? If yes, in which institution were they placed? \_\_\_\_\_  
 ¿Clips de aneurisma cerebral? Si es así, ¿dónde se los colocaron?
- Neurostimulator (*TENS Unit*), insulin pump or intrathecal pain pump? (Circle all that apply)  
 ¿Neuroestimulador (*unidad TENS*), bomba de insulina, o bomba intratecal para el dolor? (Circule todos los que apliquen).
- Vascular clips or intravascular filters, coils?  
 ¿Clips vasculares o filtros intravasculares, espirales?
- Coronary or abdominal stents?  
 ¿Stents coronarios o abdominales?
- Nitroglycerin, nicotine, or any other medication patches on your body?  
 ¿Nitroglicerina, nicotina, u otros parches de medicamento en su cuerpo?
- A surgically placed shunt? If yes, is it programmable? YES(SÍ)  NO(NO)   
 ¿Una derivación (shunt) colocada quirúrgicamente? Si es así, ¿se puede programar?
- Artificial heart valves?  
 ¿Válvulas cardíacas artificiales?

PLACE PATIENT LABEL HERE

**UW Medicine**  
 Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center  
 UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center  
 University of Washington Physicians Seattle, Washington

**OUTPATIENT MRI SCREEN – SP**

Page 1 of 3



\*U2393\*

YES/SÍ NO/NO

- Breast tissue expanders?  
**¿Expansores del tejido mamario?**
  - Any orthopedic hardware (*i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates*)  
**¿Algún implante ortopédico (es decir alfileres, barras, tornillos, clavos, alambres o placas)?**
  - An artificial/prosthetic limb or joint replacement?  
**¿Extremidad protésica/artificial o prótesis articular?**
  - Penile Implant, IUD or diaphragm?  
**¿Implante de pene, dispositivo (IUD) o diafragma?**
  - Eye implants or tattoo eyeliner  
**¿Implantes oculares o delineador de ojos?**
  - Body tattoos or piercings?  
**¿Tatuajes o perforaciones (piercings) corporales?**
  - Dentures? If yes, are they removable? YES(SÍ)  NO(NO)   
**¿Dentadura postiza? Si es así, ¿es removible?**
  - Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?  
**¿Cualquier objeto metálico en el cuerpo, como metralla, herida de bala, balines BB?**
  - Any pieces of metal in your eyes?  
**¿Objetos metálicos en los ojos?**
  - Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?  
**¿Alguna vez ha sido trabajador de metales, moledor, soldador, maquinista, etc., ya sea como pasatiempo o profesión?**
  - Have you ever had surgery to your inner ear?  
**¿Alguna vez se ha operado del oído interno?**
- Ear implants? **¿Implantes de oído?** YES(SÍ)  NO(NO)   
Hearing aids? **¿Audífonos?** YES(SÍ)  NO(NO)

**QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION  
PREGUNTAS EN CASO DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE GADOLINIO**

- Do you have any allergies? If yes, please list: \_\_\_\_\_  
**¿Tiene alergias? Si es así, indique:** \_\_\_\_\_

PLACE PATIENT LABEL HERE

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center  
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center  
University of Washington Physicians      Seattle, Washington

**OUTPATIENT MRI SCREENING - SP**

Page 2 of 3



\*U2393\*

UH2393SP REV JAN 20

YES/SÍ NO/NO

Are you allergic to MRI contrast?  
**¿Tiene alergias al contraste MRI?**  
If yes, have you been pre-medicated? YES(SÍ)  NO(NO)   
**Si es así, ¿alguna vez ha sido premedicado?**

Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?  
**¿Tiene problemas renales, disminución de la función renal, o historial familiar de problemas renales?**

Have you ever had kidney surgery or been on dialysis?  
**¿Se ha operado de los riñones o ha recibido diálisis?**

Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?  
**¿Tiene diabetes (dependiente de insulina o no)?**

Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?  
**¿Está embarazada o sospecha que podría estar embarazada?**  
Are you nursing an infant? YES(SÍ)  NO(NO)   
**¿Está amamantando?**

If you have a venous access port, do you need it accessed?  
**Si tiene un puerto de acceso venoso, ¿se necesita acceder?**

Have you had any surgery within the past 6 weeks?  
**¿Se ha operado en las últimas 6 semanas?**

Have you ever had surgery?  
If so, what type? \_\_\_\_\_  
**¿Alguna vez se ha operado?**  
**Si es así, ¿qué tipo?**

In the past week, have you experienced any of the following: nausea/vomiting, diarrhea, fever/chills? If so, please specify:

**Durante la última semana, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas: náuseas/vómitos, diarrea, fiebre/escalofríos? Si es así, indique:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE <b>FIRMA DE PACIENTE</b>	DATE <b>FECHA</b>	LEVEL 1/2
WITNESS/RELATIONSHIP <b>TESTIGO / RELACIÓN</b>	PRINT NAME <b>NOMBRE EN LETRA DE MOLDE</b>	LEVEL 1/2

Spanish Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center  
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center  
University of Washington Physicians Seattle, Washington

**OUTPATIENT MRI SCREENING - SP**

Page 3 of 3



\*U2393\*

UH2393SP REV JAN 20