

MRI, parte A: MINORISTA

Altura _____ Peso _____ lb/kg

La sala de toma de imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) contiene un imán muy potente y SIEMPRE está encendido. DEBE quitarse todos los objetos metálicos. Los aparatos auditivos se deben quitar inmediatamente antes de entrar a la sala de MRI. Si no retira dichos artículos, es posible que se dañen seriamente o que provoquen lesiones a otras personas o a usted mismo. Responda con cuidado las siguientes preguntas.

Apellido: _____
Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

¿Se sometió a algún procedimiento médico o dental en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene implantada una bomba cardiaca de asistencia para el ventrículo izquierdo (Left Ventricular Assist Device, LVAD), un marcapasos o cables de marcapasos, o un desfibrilador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene implantado un neuroestimulador o una unidad de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una bomba o dispositivo de inyección de medicamentos (OnPro)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene válvulas cardíacas artificiales/endoprótesis vasculares (stents) o pinzas (clips)/injertos/derivaciones (shunts) para aneurismas o vasculares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene expansores del tejido mamario, cuerpos metálicos foráneos, balas/esquirlas o alguna lesión en algún ojo relacionada con algo hecho de metal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una cápsula para endoscopia de intestino delgado o filtro en la vena cava en forma de paraguas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se realizó recientemente una colonoscopia o procedimiento del sistema digestivo que implique grapas quirúrgicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un catéter como tubo de drenaje o monitor de temperatura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se le ha hecho alguna cirugía de cerebro, ojo u oído?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escriba todas las cirugías anteriores y sus fechas: _____	
¿Usa aparatos auditivos o parches para la piel con medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada? Fecha del último periodo menstrual (Last Menstrual Period, LMP): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene reemplazos de articulaciones o un dispositivo ortopédico/protésico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene antecedentes de cáncer? Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene extensiones de cabello o peluca, aparatos de ortodoncia, resortes bucales, prótesis dentales removibles o algo que se sostenga con imanes o pasadores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene tatuajes, perforaciones, brillantina/maquillaje permanente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Trae ropa de tela DriWeave, Dri Fit o de tejidos que absorban la humedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene insuficiencia de hierro que trate con Feraheme?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene antecedentes de ataques epilépticos o alguna caída reciente? Si la respuesta es sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene antecedentes de diarrea en los últimos 2 a 3 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sufre claustrofobia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algo en o dentro de su cuerpo con lo que no haya nacido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CONSENTIMIENTO/APROBACIÓN GENERAL

Doy mi consentimiento para el examen ordenado. Entiendo que tengo derecho a negarme o a pedir que se detenga el examen en cualquier momento y que tengo derecho a hacer preguntas y a hablar sobre mis inquietudes.

Leí la información de detección, contesté las preguntas de seguridad anteriores con exactitud y entiendo que DEBO QUITARME TODO OBJETO DE METAL antes de mi examen por MRI.

Autorizo a Akumin, sus subsidiarias y filiales a cobrar en mi nombre a Medicare, o a cualquier otra compañía de seguros que me proporcione beneficios, por los servicios realizados por parte de Akumin y autorizo que el pago se realice directamente a Akumin. En los casos asignados por Medicare, Akumin está de acuerdo con aceptar el “cargo permitido” de Medicare como el cargo total.

Entiendo que soy responsable del pago de cualquier responsabilidad del paciente, que incluye, entre otros, los deducibles, coseguros o cargos no cubiertos. Se espera que los pacientes que pagan ellos mismos o que pagan con efectivo paguen los servicios en el momento en que se proporcionan, salvo que exista algún acuerdo previo respecto al pago.

Me ofrecieron una copia impresa del Aviso de las prácticas de privacidad de Akumin y reconozco que recibí los Derechos y responsabilidades del paciente y la Guía de medicamentos de agente de contraste a base de gadolinio (Gadolinium-Based Contrast Agents, GBCA) de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Leí y entiendo, reconozco y estoy de acuerdo con el contenido de este formulario de Consentimiento general y han respondido a mis preguntas. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas e invitaciones para encuestas, si corresponde.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado) Parentesco: _____