

CONNECTICUT VALLEY RADIOLOGY, PC

GERARD C. BUFFO, M.D., F.A.C.R.

BRADLEY H. STAEHLE, M.D.

LORI B. GOMEZ, D.O.

FORMULARIO PARA SU EXAMEN DE IRM

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Doctor Primario: _____ Sexo: M H Altura: _____ Peso: _____

Ha Tenido Radiografias Anteriormente? Si No Que Parte Del Cuerpo: _____

Donde Fueron Hechas? _____ Fecha Del Examen: _____

EXAMEN ORDENADO : _____ MR # _____

DIAGNOSIS: _____

HISTORIAL CLINICO: _____

FORMULARIO DE SEGURIDAD DE IRM

Tiene alguna de las/los siguientes? Por favor avise al/a la tecnologo/a si contesta "SI" a una de estas preguntas.

- Marcapasos? Si No
- Sujetado de aneurisma en el cerebro? Si No
- Fragmentos de metal en los ojos? Si No
- Implante cochlear o grapas? Si No
- Posibilidad de embarazo? Si No
- IUD? Si No
- Tatuajes o maquillaje permanente? Si No
- Joyas de cuerpo? Si No
- Parche de medicamento? Si No
- Fragmento de metal en el cuerpo? Si No
- Dentadura postiza o asistente auditivo? Si No
- Implantes o protesis? Si No
- Cirugia espinal? Si No
- Cirurgia de corazon? Si No
- Valvula en el corazon? Si No
- Alguna otra cirugia? _____

CARTERAS, RELOJES, LLAVES, APARATOS ELECTRONICOS, OBJETOS METALICOS, SUJETADOR DE PELO, SUJETAPAPELES, ETC...NO SERAN PERMITIDOS EN LA SALA DE EXAMEN CONOCIMIENTO DE INYECCION PARA EXAMEN DE IRM

- Alergias? Si No
- Esta lactando a su bebe? Si No
- Asma, enfisema o diabetes? Si No
- Alguna historia de fallo renal? Si No
- En este momento, esta en tratamiento de diálisis? Si No

E leído, contestado y entiendo las preguntas anteriores.

Firma del paciente o guardian _____ Fecha _____

Firma de la persona que a completado el formulario _____ Fecha _____

Signature of Technologist _____ Fecha _____