

**INTEGRAMEDICA BARCELONA
SERVICIO DE IMAGENOLOGIA
AREA RESONANCIA MAGNETICA**

HOJA CONTROL PACIENTE RM

NOMBRE: _____ RUT: _____

FECHA: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

PESO: _____ TELÉFONOS: _____

ANTECEDENTES

Es portador de Marcapasos SI NO

Cirugía al corazón SI NO

Si su respuesta es afirmativa indique en que año fue operado y de que _____

Es Hipertenso SI NO

Fuma SI NO

Es portador de implantes Metálicos SI NO
(Clip, neuromoduladores, prótesis, válvulas,
Fragmentos metálicos, tornillos, barras metálicas, etc.)

Si su respuesta es afirmativa indique cual _____

Sufre de movimientos involuntarios SI NO
(espasticismo, tics, tos, hipo, etc.)

Si su respuesta es afirmativa indique cual _____

Sufre algún tipo de alergia SI NO

Si su respuesta es afirmativa indique cual _____

Insuficiencia Renal SI NO

Señale si se ha efectuado los siguientes exámenes previos

Resonancia Magnética SI NO

Scanner SI NO

Radiografías SI NO

Cintigrama SI NO

¿Qué motivo su consulta al medico? _____

¿Ha sido operado? De que y cuando _____

¿Se encuentra embarazada? SI NO

FIRMA DEL PACIENTE

HOJA CONTROL TECNOLOGO MEDICO

SINTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE _____

SECUENCIAS				PLACAS
AXIAL	CORONAL	SAGITAL	OBLICUO	
				MEDIO CONTRASTE

Deja exámenes anteriores SI NO

Si su respuesta es afirmativa, indique cuáles y sus respectivas fechas

1) Examen: _____ Fecha: _____

2) Examen: _____ Fecha: _____

3) Examen: _____ Fecha: _____

TM. Responsable del Examen: _____

