

RESONANCIA MAGNETICA COMPLETA – PREGUNTAS

Nombre _____ Altura _____ cm Peso _____ Kg

DNI/Pasaporte _____ **SI** **NO**

¿Ha tenido un paro cardiaco o amago de paro cardiaco ?

¿Ha tenido alguna cirugia cardiovascular ?

¿Ha sido intervenido en alguna operacion de cabeza o de columna vertebral ? **Si es asi:**

Tienes clips de intervencion de aneurisma?

Tiene algun cateter en la cabeza? Algun objeto metalico?

Tiene neuroestimulador?

Tiene algun material de metal implantado despues de una cirugia tal como:

¿Implante en los oidos, implante coclear u otro tipo de implante metalico?

O en extremidades (brazos o piernas) por ejemplo despues de una fractura o rotura?

Tiene algun otro tipo de cuerpo extraño insertado en algun sitio del cuerpo como por ejemplo:

Implante u ojo postizo, bomba de insulina ?

Implantes mamarios u otros parecidos ?

¿Tiene dientes o dentaduras postizas , tiene audifonos ?

¿Tiene usted claustrofobia ?

¿Mujeres: Esta usted embarazada ?

Si el estudio se realiza con contraste :

¿Tiene problema de riñones ?

¿Tiene insuficiencia hepatica o problemas hepaticos?