

IMPLANTABLE FORM (Spanish)

Nombre Del Paciente: _____ Fecha del Servicio: ____/____/____

MR# _____ Doctór: _____, M.D.

Please indicate if you have any of the following:

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Marcapasos cardiac o cables de estimulación cardiaca |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Desfibrilador cardiobersor implantable |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Implante coclear, otológico u otro tipo de implante de oído |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Expansores de tejido (eg., de mama) |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Implante de dispositivo de infusion de fármacos |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Clip(s) de aneurisma, Cuándo _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Neuroestimulador (Estimulación cerebral profunda) |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Otro estimulador: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Prótesis (ojo, pene, extremidad, etc...) |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Válvula cardiac artificial |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Resorte o alambre para párpado |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Stents, filtros, o espirales |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Derivaciones programables |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Catéter o sonda de alimentación conpunta metálica |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Semillas de radación |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Parche de medicamento (nicotina, nitroglicerina) |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Algún fragment metálico, cuerpo extraño l balas |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Grapas quirúrgicas, clips, suturas metálicas, o mallas metálicas |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Refuerzos óseos o de articulaciones, tornillos, clavos,
alambres, placas, etc... |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | IDIU, diafragma, o pesario |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Dentaduras postizas o aparatos dentales |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Tatuajes, maquillaje permanente o perforaciones corporales |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Audífono auxiliar auditivo (Retirar antes de entrar a la sala de
RMN) |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Problema respiratorio y transtorno motor |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Extensiones de cabello |

