



OC4501



FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES  
PARA MRI

Page 1 of 7

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Patient Identification

**RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ANTES DE SU MRI**

PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING QUESTIONS BEFORE YOUR MRI

Nombre	Estatura:	Peso:	Edad:
--------	-----------	-------	-------

Name	Height	Weight	Age
Motivo de la MRI o de los síntomas de hoy: Reason for today's MRI and/or symptoms			

**Sección 1**

	Sí	No	Staff int.
<b>¿Tiene un marcapasos o cables de un marcapasos? EN CASO AFIRMATIVO, NOTIFIQUE DE INMEDIATO AL PERSONAL DE MRI.</b> Do you have a Cardiac pacemaker and/or pacemaker wires? <b>IF "YES", NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene una válvula cardíaca artificial? En caso afirmativo, tenga a mano la tarjeta de identificación del fabricante del producto.</b> Do you have an artificial Heart valve? <i>If yes, please have the product manufacturer ID card ready.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene un desfibrilador cardioversor implantable (ICD)?</b> Do you have an <b>Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene clips para aneurisma?</b> Clips para aneurisma cerebral <input type="checkbox"/> Clips para aneurisma aórtico <input type="checkbox"/> Do you have Aneurysm clips? Brain Aneurysm clips Aortic Aneurysm clips Fecha de colocación: Centro: Date placed Facility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene expansores de tejidos (para reconstrucción mamaria)?</b> Do you have <b>tissue expanders</b> (for breast reconstruction)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene un implante de estribo <input type="checkbox"/> o implante coclear <input type="checkbox"/> en el oído?</b> Do you have a <b>Stapes implant</b> or <b>Cochlear implant</b> in your ear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene actualmente colocado un catéter de Swan-Ganz?</b> Do you have a <b>Swan-Ganz Catheter</b> currently in place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene actualmente ALGUNA derivación de EKG o EEG, un sensor de O<sup>2</sup> u otros dispositivos de sujeción externos no compatibles con MRI en el cuerpo? En caso afirmativo, deben retirarse por completo antes de ingresar al escáner de MRI.</b> Do you currently have <b>ANY</b> MRI non-compatible <b>EKG leads, EEG leads, O<sup>2</sup> Sensor</b> or other external attachments on your body? <b>If yes, they must be completely removed prior to entering the MRI scanner.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Alguna vez trabajó con metal o tiene metal en el ojo (p. ej., proveniente de soldadura, esmerilado, virutas metálicas, astillas, cuerpo extraño, resorte o alambre para párpados, etc.)? En caso afirmativo, notifique al técnico de MRI.</b> Have you ever <b>worked with metal</b> or do you have metal <b>in your eye</b> (i.e. from welding, grinding, metallic shavings, slivers, foreign body, eyelid spring or wire, etc.)? <b>If yes, please notify the MRI tech.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**SI RESPONDIÓ "SÍ" A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, NOTIFIQUE DE INMEDIATO AL PERSONAL DE MRI.**



**IF YOU HAVE ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, PLEASE NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY**

**COMPLETE AMBOS LADOS DEL SIGUIENTE FORMULARIO**  
PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THE FOLLOWING FORM

HC-IMG-003-FMT Rev. 02072020

This document can be printed for use. The printed version is not subject to revision control and is for reference only.




Sección 2		Sí	No	Staff int.
¿Alguna vez se sometió a una cirugía? Have you ever had any surgeries? <b>MENCIONE todas las cirugías:</b> Please <b>LIST</b> all surgeries		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene implantada una bomba de infusión de medicamentos (bomba para analgesia, etc.)? Tipo: Do you have an implanted drug infusion pump (pain pump, etc.)? Type:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene una unidad de TENS, una bomba de insulina u otra bomba de infusión externas? Tipo: Do you have an external TENS unit, insulin pump, or other infusion pump? Type:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usa actualmente un estimulador óseo o de la médula espinal? Tipo: Are you currently using a bone or spinal cord stimulator? Type:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene un estimulador del nervio vago (VNS)? Do you have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene un estimulador cerebral profundo (DBS)? Do you have Deep Brain Stimulator (DBS)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene una derivación? (derivación de líquido cefalorraquídeo, derivación con tubo para glaucoma, derivación intraventricular, etc.) Do you have a shunt? (spinal shunt, glaucoma tube shunt, intraventricular shunt etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si tiene una derivación, ¿es programable? (p. ej., válvula de derivación intraventricular programable) If you have a shunt, is it a programmable shunt? (i.e. programmable intraventricular shunt valve)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene una prótesis (en el ojo, en el pene, etc.) o una extremidad protésica o artificial? Tipo: Do you have a prosthesis (eye, penile, etc.) or artificial or prosthetic limb? Type:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene un implante de endoprótesis, de filtro, de espiral o de malla metálicos? ¿Dónde? Do you have a metallic stent, filter, coil, or mesh implant? Where?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene algún otro tipo de objeto o dispositivo médico implantado? Describa: Do you have any other kind of implanted medical object or device (please describe):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sección 3		Sí	No	Staff int.
¿Tiene antecedentes de NSF (fibrosis sistémica nefrogénica)? Do you have a history of NSF (Nephrogenic Systemic Fibrosis)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tuvo una reacción alérgica al medio de contraste para MRI? Describa: Have you had an allergic reaction to MRI contrast? Please Describe:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene alguna alergia? Mencione las alergias: Do you have any allergies? List allergies:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le administraron un medio de contraste para MRI dentro de las últimas 24 horas? Have you had MRI contrast within the last 24 hours?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene algún tipo de acceso venoso central (IV) (p. ej., Port-a-Cath, línea PICC, Hickman)? Do you currently have any type of central venous access (IV) (i.e. Port-a-Cath, PICC line, Hickman)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez tuvo una convulsión? Have you ever had a seizure?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usa actualmente un parche de medicamento (analgésico, anticonceptivo, de nicotina, de nitroglicerina)? (Retírelo). Are you currently wearing a medication patch (pain, nicotine, nitro, contraceptive)? (please remove)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez tuvo problemas para completar una exploración por MRI anterior (p. ej., debido a claustrofobia o dolor)? Have you had any problems completing a prior MRI exam (i.e. claustrophobia or pain)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sección 4		Sí	No	Staff int.
¿Se encuentra bajo tratamiento de diálisis? <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal Are you on dialysis? Hemodialysis Peritoneal dialysis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




Sección 5		Sí	No	Staff int.
¿Tiene alguna grapa o clip quirúrgico, o sutura metálica? Do you have any surgical clips, staples, or metallic sutures?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez se sometió a un reemplazo de articulaciones o le colocaron clavos, tornillos, placas, alambres, etc., en los huesos o en las articulaciones? Have you had a joint replacement or bone/joint pin, screw, plate, wire, etc?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene actualmente semillas radiactivas (para tratar el cáncer)? Do you currently have radiation seeds (for cancer treatment)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene tatuajes o maquillaje permanente? Do you have tattoos or permanent makeup?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene piercings en el cuerpo? ( <b>Retire todos los piercings</b> ). Do you have body piercings? ( <b>remove all body piercings</b> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usa actualmente una peluca o un bisoñé? ( <b>Retírelos</b> ). Are you currently wearing a wig or toupee? ( <b>please remove</b> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene audífonos, dentaduras postizas, placas parciales, retenedores o aparatos de ortodoncia? ( <b>Retírelos si es posible</b> ). Do you have a hearing aid, dentures, partial plates, retainer, or braces? ( <b>please remove if able</b> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene imanes dentales? Do you have Dental Magnets?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene algún otro fragmento de metal o cuerpo extraño (bala, esquirla, BB, etc.) debajo de la piel? Do you have any other metal fragments or foreign bodies (bullet, shrapnel, BB, etc.) under your skin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sección 6: Para pacientes en edad fértil, embarazadas o lactantes For Patients of Childbearing Age/Pregnant/Breastfeeding		Sí	No	Staff int.
¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Are you pregnant or suspect you might be pregnant?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está amamantando? Are you breastfeeding?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene períodos menstruales tardíos o toma medicamentos para la fertilidad? Are you experiencing late menstrual periods or taking fertility medication?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene colocado un IUD, un diafragma o un pesario? Tipo: Do you have an IUD, diaphragm or pessary? Type:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha de la última menstruación: _____ / _____ / _____ Date of last menstrual period		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sección 7: PERSONAL DE RESONANCIA MAGNÉTICA PARA COMPLETAR COMPLETE		Sí	No	Staff int.
¿Tiene alguna enfermedad renal? Por ejemplo: Do you have kidney disease, including: <input type="checkbox"/> Trasplante de riñón <input type="checkbox"/> Un solo riñón <input type="checkbox"/> Cáncer renal <input type="checkbox"/> Cirugía de riñón Kidney transplant Single kidney Kidney cáncer Kidney surgery		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene antecedentes de diabetes mellitus? Do you have a history of diabetes mellitus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene antecedentes de hipertensión (presión arterial alta) que requiera medicamentos? Do you have a history of hypertension (high blood pressure) requiring medication?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN:** La información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y comprendo la información sobre la MRI y el contenido de este formulario. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la información de este formulario y sobre el procedimiento de MR al cual me someteré. **PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT:** The above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the MRI Information and the contents of this form. I had the opportunity to ask questions about the information on this form and the MR procedure I am about to have.

 Firma de la persona que completa este formulario (Signature)

Fecha Date

Hora Time

 Su relación con el paciente (marque una opción con un círculo): **Usted / Familiar / RN / Médico / Técnico de MRI / Otra** \_\_\_\_\_

Your relationship to the Patient (circle one): **Self / Relative / RN / Physician / MRI Tech / Other** \_\_\_\_\_

**EL FORMULARIO DE SELECCIÓN VENCE DENTRO DE 24 HORAS (SCREENING FORM WILL EXPIRE IN 24 HOURS)**



**FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES  
PARA MRI**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

*Patient Identification*

**FOR MRI STAFF USE ONLY**

Form information reviewed by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Verified by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

**Verification of MRI non-compatible EKG leads, EEG leads, O2 sensors, pacemakers or other peripheral devices:**

MRI Safety Interview completed by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

- (Check all that apply)
- Verbal     Physical
  - Visual



**IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN SU TOTALIDAD.**

## **EL IMÁN DE MRI ESTÁ SIEMPRE ENCENDIDO**



**Si tiene un marcapasos o algún otro implante,  
notifique de inmediato al personal de MRI.**

**Algunos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted o pueden interferir en el procedimiento de MRI.**

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a un implante, dispositivo u objeto, **no ingrese** a la sala de MRI **ANTES** de ingresar a la sala de MRI, consulte con el técnico de MRI.

**Debe** usar tapones para los oídos u otro tipo de protección auditiva durante la exploración por MRI.

**ANTES DE INGRESAR AL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS DE MRI, DEBE QUITARSE TODOS LOS OBJETOS DE METAL.** Billetera, tarjetas de crédito y cualquier otra tarjeta con banda magnética. **El campo magnético borraré las tarjetas con bandas magnéticas.** Bolso, cinturón, reloj pulsera, clip para billetes, monedas, llaves, teléfono, localizador, navaja, cortaúñas. Ropa con cierres o hilos de metal. Bolígrafos, alfileres de seguridad, hebillas o clips para el cabello.

Todas las joyas, **piercings**, anteojos, audífonos, dentaduras postizas y placas parciales.

Las bombas de insulina u otras bombas de medicamentos que se encuentren fuera del cuerpo.

### **ASEGÚRESE DE HABER VACIADO SUS BOLSILLOS.**

Se le proporciona un casillero para que guarde sus pertenencias; un técnico le mostrará dónde dejar la llave del casillero durante el período de la prueba.

**OHSU NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS ELEMENTOS PERDIDOS O ABANDONADOS EN EL DEPARTAMENTO NI DE LA TARJETAS CON BANDAS MAGNÉTICAS QUE SE HAYAN BORRADO.**

**Para pacientes que reciban un medio de contraste intravenoso (IV) para MRI:**  
lea la guía de medicamentos de contraste para MRI que se encuentra en el reverso de esta página.

**HE LEÍDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR. INICIALES DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_**



**IMPORTANT: PLEASE READ ALL OF THE FOLLOWING INFORMATION**

**THE MRI MAGNET IS ALWAYS ON**



**If you have a pacemaker or any other implant  
you must tell the MRI staff immediately**

**Some implants, devices, or objects may be hazardous to you  
and/or may interfere with the MRI procedure**

**Do not enter** the MR system room if you have any questions or concerns regarding an implant, device or object. Consult the MRI Technologist **BEFORE** entering the MR room.

You are **required** to wear earplugs or other hearing protection during the MRI scan.

**BEFORE ENTERING THE MRI PROCEDURE AREA, YOU MUST REMOVE ALL METAL OBJECTS**

Wallet, credit cards and any magnetic strip cards. **The magnetic field will erase any cards with magnetic strips.** Purse, belt, watch, money clip, coins, keys, phone, pager, pocketknife, nail clippers. Clothing with metal fasteners and/or threads. Pens, safety pins, hairpins/clips. All jewelry, **body piercings**, eyeglasses, hearing aids, dentures, partial plates. Insulin Pumps or other medication pumps that are on the outside of your body.

**PLEASE BE SURE THAT YOU HAVE EMPTIED EVERYTHING FROM YOUR POCKETS**

A locker is provided to secure your possessions and a technologist will show you where to place your locker key for the duration of test.

**OHSU IS NOT RESPONSIBLE FOR ITEMS LOST OR LEFT IN THE DEPARTMENT OR CARDS WITH MAGNETIC STRIPS THAT WERE ERASED.**

**For Patients Receiving Intravenous (IV) MRI Contrast:**

**Please read the MRI Contrast Medication Guide found on the back of this page.**

**I HAVE READ THE ABOVE INFORMATION – PATIENT INITIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_**

**GUÍA DEL MEDICAMENTO  
DOTAREM®  
(gadoterato de meglumina) Solución  
inyectable por vía intravenosa**

**¿Qué es DOTAREM?**

- DOTAREM es un medicamento de venta con receta denominado medio de contraste con gadolinio (MCG). DOTAREM, al igual que otros MCG, se inyecta en una vena y se utiliza en exploraciones por resonancia magnética (RM).
- Una resonancia con un MCG, como DOTAREM, ayuda a su médico a detectar mejor los problemas que una resonancia sin un MCG.
- El médico ha examinado su historia clínica y ha determinado que en su caso sería útil utilizar un MCG con la resonancia.

**¿Cuál es la información más importante que debo conocer sobre DOTAREM?**

- DOTAREM contiene un metal llamado gadolinio. Puede que pequeñas cantidades de gadolinio permanezcan en el organismo, como en el cerebro, los huesos, la piel y otras partes del cuerpo, durante mucho tiempo (varios meses o años).
- Se desconoce cómo puede afectarle el gadolinio, pero en los estudios realizados hasta el momento no se han observado efectos nocivos en pacientes con riñones sanos.
- De forma excepcional, algunos pacientes han referido dolor, cansancio y dolencias cutáneas, musculares u óseas durante mucho tiempo, pero estos síntomas no se han relacionado de forma directa con el gadolinio.
- Se pueden emplear distintos MCG para la exploración por RM. La cantidad de gadolinio que permanece en el organismo es diferente con cada medicamento con gadolinio administrado. El gadolinio permanece en el organismo durante más tiempo con Omniscan u Optimark que con Eovist, Magnevist o MultiHance. La menor permanencia del gadolinio en el organismo se observa tras el uso de Dotarem, Gadavist o ProHance.
- Las personas que reciben muchas dosis de medicamentos con gadolinio, las mujeres embarazadas y los niños pequeños pueden correr un mayor riesgo de que el gadolinio permanezca en el organismo.
- Algunas personas con problemas renales que reciben medicamentos con gadolinio pueden presentar un trastorno caracterizado por un engrosamiento intenso de la piel, los músculos y otros órganos del cuerpo (fibrosis sistémica nefrótica). Su médico le hará pruebas para comprobar su función renal antes de administrarle DOTAREM.

**No debe recibir DOTAREM si ha sufrido una reacción alérgica grave a DOTAREM**

**Antes de recibir DOTAREM, informe a su médico de todos sus problemas de salud, por ejemplo:**

- Si alguna vez le han hecho una resonancia magnética en la que haya recibido un MCG. El médico podrá pedirle más información, como la fecha de estas pruebas.
- Si está embarazada o tiene previsto quedarse embarazada. Se desconoce si DOTAREM puede perjudicar al feto. Hable con su médico sobre los posibles riesgos para el feto si recibe un MCG como DOTAREM durante el embarazo.
- Si tiene problemas renales, diabetes o hipertensión arterial.
- Si ha tenido una reacción alérgica a los colorantes (medios de contraste), incluidos los MCG.

**¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de DOTAREM?**

- **Consulte «¿Cuál es la información más importante que debo conocer sobre DOTAREM?»**
- **Reacciones alérgicas. DOTAREM puede provocar reacciones alérgicas que a veces son graves. Su médico le mantendrá muy vigilado para detectar síntomas de una reacción alérgica.**

**Los efectos secundarios más frecuentes de DOTAREM son: náuseas, dolor de cabeza, dolor o sensación de frío en el lugar de la inyección y erupción cutánea.**

Estos no son todos los posibles efectos secundarios de DOTAREM.

Hable con su médico para obtener consejo profesional acerca de los efectos secundarios. Puede notificar cualquier efecto secundario a la FDA de Estados Unidos llamado al 1-800-FDA-1088.

**Información general sobre los usos seguros y eficaces de DOTAREM.**

En ocasiones, los medicamentos se recetan para fines distintos de los contemplados en una guía del medicamento. Puede pedir a su médico información sobre DOTAREM dirigida a los profesionales sanitarios.

**¿Cuáles son los componentes de DOTAREM? Principio activo: gadoterato de meglumina Excipientes: DOTA, agua para soluciones inyectables**

Fabricado por: Catalent (jeringas precargadas) y Recipharm (viales) para Guerbet. Para más información, visite [www.guerbet-us.com](http://www.guerbet-us.com) o llame al 1-877-729-6679.

Esta guía del medicamento ha sido aprobada por la Food and Drug Administration de EE. UU.

Rev. 4/2018

**Accompanies oc-4865**

HC-IMG-003-FMT Rev. 02072020

This document can be printed for use. The printed version is not subject to revision control and is for reference only. Page 7 of 7