



OC4501



ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

**FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES  
PARA MRI**

Page 1 of 7

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? If yes, please have the product manufacturer ID card ready.			<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> <b>Clips para aneurisma cerebral</b> <input type="checkbox"/> <b>Clips para aneurisma aórtico</b> <input type="checkbox"/> Do you have <b>Aneurysm clips?</b> <b>Brain Aneurysm clips</b> <b>Aortic Aneurysm clips</b> Fecha de colocación: Centro: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/>	
<b>SI RESPONDIÓ "SÍ" A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, NOTIFIQUE DE INMEDIATO AL PERSONAL DE MRI.</b> <b>IF YOU HAVE ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, PLEASE NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY</b>					

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

HC-IMG-006-FMT Rev. 02072020

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



**FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES  
PARA MRI**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

<b>Sección 2</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Staff int.</b>
¿Alguna vez se sometió a una cirugía? Have you ever had any surgeries? <b>MENCIONE todas las cirugías:</b> Please LIST 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"/>	
<b>Sección 3</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Staff int.</b>
¿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)? <b>(Retírelo).</b> Are you currently wearing a medication patch (pain, nicotine, nitro, contraceptive)? <b>(please remove)</b>		<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"/>	
<b>Sección 4</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Staff int.</b>
¿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"/>	
¿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"/>	
¿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"/>	



**FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES  
PARA MRI**

Page 3 of 7

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Patient Identification

<b>Sección 5</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Staff int.</b>
¿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>please 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"/>	
<b>Sección 6: Para pacientes en edad fértil, embarazadas o lactantes</b> <b>For Patients of Childbearing Age/Pregnant/Breastfeeding</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Staff int.</b>
¿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"/>	

**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 of person completing this form

**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)**

**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 borrará 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 DE MEDICAMENTOS**  
**EOVIST (e-o-vist) (gadoksetato**  
**disódico) Inyección para uso**  
**intravenoso**

**¿Qué es Eovist?**

- Eovist es un medicamento de venta con receta conocido como medio de contraste a base de gadolinio (GBCA). Eovist, como otros GBCA, se inyecta en la vena y se utiliza con un escáner de imagen por resonancia magnética (MRI).
- Una exploración por MRI con un GBCA, incluido Eovist, ayuda al médico a ver mejor los problemas que una exploración por MRI sin un GBCA. Se necesita Eovist para ver mejor los problemas del hígado.
- El médico analizó su expediente médico y determinó que usted se beneficiaría del uso de un GBCA durante su exploración por MRI.

**¿Qué es lo más importante que debo saber acerca de Eovist?**

- Eovist contiene un metal llamado gadolinio. Pueden permanecer pequeñas cantidades de gadolinio en el organismo, incluidos el cerebro, los huesos, la piel y otras partes del cuerpo, durante un período prolongado (de varios meses a varios años).
- No se sabe qué efecto podría tener el gadolinio en usted, pero, hasta el momento, en los estudios no se descubrieron efectos perjudiciales en pacientes con riñones sanos.
- En raras ocasiones, los pacientes informaron dolores, cansancio y dolencias en la piel, en los músculos o en los huesos durante un período prolongado, pero estos síntomas no están directamente relacionados con el gadolinio.
- En dosis equivalentes, la cantidad de gadolinio que permanece en el organismo varía de acuerdo con los distintos medicamentos con gadolinio. Permanece más gadolinio en el organismo después de la administración de Omniscan u Optimark que luego de la administración de Eovist, Magnevist o MultiHance. Permanece menos gadolinio en el organismo después de la administración de Dotarem, Gadavist o ProHance.
- Las personas que reciben varias 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 durante más tiempo.
- Algunas personas con problemas renales que reciben medicamentos con gadolinio pueden padecer una afección con engrosamiento grave de la piel, de los músculos o de otros órganos del cuerpo (fibrosis sistémica nefrogénica). Su proveedor de atención médica debe examinarlo para determinar cómo funcionan los riñones antes de recibir Eovist.

Si anteriormente ha sufrido una reacción alérgica intensa a Eovist, **no reciba este medicamento.**

**Antes de recibir Eovist, infórmele al proveedor de atención médica sobre sus afecciones, incluso lo siguiente:**

- si se sometió a procedimientos de MRI en los cuales recibió un GBCA. Su proveedor de atención médica puede solicitarle más información, como, por ejemplo, las fechas de dichos procedimientos.
- si está embarazada o desea quedar embarazada. Se desconoce si Eovist puede dañar al feto. Hable con su proveedor de atención médica sobre los posibles riesgos para el feto si recibe un GBCA, como Eovist, durante el embarazo.
- si tiene problemas renales, diabetes o presión arterial alta.
- si tuvo una reacción alérgica a colorantes (medios de contraste), incluidos los GBCA.

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

- **Consulte “¿Qué es lo más importante que debo saber acerca de Eovist?”.**
- **Reacciones alérgicas. Eovist puede causar reacciones alérgicas que, en ocasiones, pueden ser graves. Su proveedor de atención médica lo controlará con regularidad para determinar si usted tiene síntomas de una reacción alérgica.**

**Algunos de los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, dolor de cabeza, sensación de calor, mareos y dolor de espalda.**

Estos no son todos los posibles efectos secundarios de Eovist.

Llame a su médico para pedirle asesoramiento acerca de los efectos secundarios. Usted puede informarle los efectos secundarios a la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) llamando al 1-800-FDA-1088.

Información general sobre el uso seguro y efectivo de EOVIIST.

Los medicamentos, en ocasiones, se recetan para otros fines que no se mencionan en una guía de medicamentos.

Puede solicitarle a su proveedor de atención médica la información sobre EOVIIST para profesionales de la salud.

**¿Cuáles son los ingredientes de Eovist?**

**Ingrediente activo: gadoxetato disódico**

**Ingredientes inactivos: caloxetato trisódico, trometamol, ácido clorhídrico o hidróxido de sodio (para ajustes del pH) y agua para inyección.**

**Fabricado por Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. Fabricado en Alemania.**

**© 2008 Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados.**

**Para obtener más información, visite [www.eovist.com](http://www.eovist.com) o llame al 1-888-842-2937.**

Accompanies OC-4868