

**REGISTRO DE PACIENTES
RESONANCIA MAGNÉTICA**



| | |
|--|---|
| EQUIPO DE ESTUDIO: 0.3 TESLA | * ENTREGA DE ESTUDIO NORMAL URGENTE SOLO PLACAS COPIA DE ESTUDIO(placas) COPIA DE ESTUDIO (en CD) DIA _____ HORA _____ * Uso exclusivo de personal de Resonancia Magnética |
| OBSERVACIONES: _____ ESTUDIOS PREVIOS: (SOLO PLACAS), (INTERPRETACION), (PLACAS E INTERPRETACION) _____ NOMBRE PERSONA QUE DEJA ESTUDIOS _____ NOMBRE PERSONA QUE RECIBE ESTUDIOS _____ | |

Datos Generales del paciente:

Fecha: _____ CITA: _____
 LLEGO: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ RFC: _____

Nombre(s): _____

No. Registro (y/ó estudio): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género _____ Peso: _____ Estatura: _____

EMAIL: _____ Tiene seguro Gastos Médicos? SI NO
 TELEFONO _____

Cía: _____ Médico que le envía: _____

¿Qué tipo de examen de Resonancia Magnética o de región del cuerpo se va a realizar?

¿TIENE Ud. MARCAPASO CARDIACO? SI NO

¿Tiene Ud. alguna PROTESIS O Implante Metalico en el Oído o en alguna otra parte del cuerpo? SI NO

¿Ha sido operado alguna vez? SI NO En caso afirmativo especificar de que _____
 Sabe si utilizaron Clips Metálicos? SI NO

¿Cuales son los sintomas por los cuales su Médico lo envía a este examen? _____

¿Fecha de última menstruación? _____ ¿Es Usted alérgico (a) algún medicamento o medio de contraste? _____

En caso de ser necesario la aplicación intravenosa de medio de contraste, paramagnético **NO YODADO** , da su autorización?

SI NO En caso de NO AUTORIZAR la administración

de medio de contraste, especificar por que _____

En caso de requerir el paciente de Sedación favor de firmar de aceptación. **SI (ACEPTO)** _____ **NO** _____

NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACION PACIENTE _____

ESTIMADO PACIENTE: REALIZARAMOS ESTUDIOS DE URGENCIA, QUE OBIAMENTE ALTERAN NUESTRA PROGRAMACION, ORIGINANDO DESFASES CON PACIENTES YA PROGRAMADOS, AGRADECEMOS SU COMPRESION, SI DESAFORTUNADAMENTE SE VIERA USTED AFECTADO.