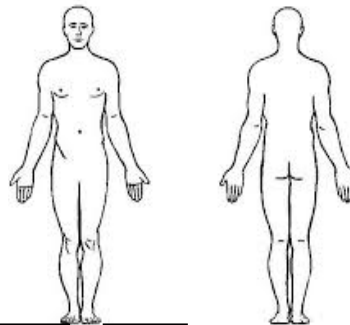


RESONANCIA MAGNETICA

LA PERSONA QUE POSEE MARCAPASOS CARDIACO, NO PUEDE EFECTUARSE ESTE EXAMEN, NI INGRESAR AL RECINTO COMO ACOMPAÑANTE

NOMBRE Y APELLIDO DNI.....
 PESO..... FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....TELEFONO.....

HAGA UNA "X" EN LA OPCION CORRECTA



1) ¿UD HA SIDO OPERADO -ALGUNA VEZ? SI NO

2)INDIQUE QUE OPERACIÓN Y FECHA APROXIMADA.....

3) QUE SINTOMAS TIENE ACTUALMENTE

4) POR FAVOR LOCALICE LA ZONA DEL PROBLEMA ACTUAL O SITIO QUE LE DUELE EN EL DIBUJO.

5) EMBARAZO SI NO

6) TRAJO ESTUDIOS PREVIOS (RX , TAC, ECO,C. GAMA, EMG, RMN, ETC)

SI NO MARQUE CUAL

7) SI POSEE ALGUNO DE ESTOS OBJETOS INDIQUE CUAL

MARCAPASOS CLIP CEREBRAL IMPLANTE AUDITIVOS
 AUDIFONOS PROTESIS APARATOS ORTODONCIA

8) SUFRE DE CLAUSTROFOBIA SI NO

.....

FIRMA Y ACLARACION