

**ADMISIÓN - ÁREA DE RESONANCIA MAGNÉTICA**

NOMBRE Y APELLIDO

IDENTIFICACIÓN

EPS

Indique si tiene alguno de los siguientes: (marque con "X" lo que corresponda)

SI

NO

Antecedente de algún tipo de cirugía, indique cual...

Exploraciones anteriores de RM o TAC

Virutas metálicas en los ojos

Sospecha de que está embarazada

Es alérgico a algún medicamento o sustancia

Presenta problemas respiratorios o de movimiento

Sufre claustrofobia

Lleva marcapasos cardíaco, desfibrilador o algún implante o

Prótesis valvulares cardíacas, stents, filtros

Sistema de neuroestimulación, electrodos o alambres internos

Prótesis de oído, audífonos, implantes

Bombas o dispositivos de perfusión de medicamentos

Parches de medicamentos

Prótesis o extremidades artificiales

Shunt espinal o interventricular

Dentaduras artificiales, placas parciales u ortodoncia

Fragmentos de metal, metralla o bala

Piercing, tatuajes o maquillaje menores a 3 meses

Embarazo menos a 3 meses

Material de osteosíntesis tipo tutor o menores a 3 meses

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

SI

NO

Piercings

Extensiones de cabello, con aderezos metálicos

Expansiones

Tatuajes mayores a 6 meses en rostro y cuerpo

Material de osteosíntesis mayores a 3 meses

Firma paciente o tu

Responsable admis

Fecha: