

LA SEGURIDAD CRIBADO FORMA

PACIENTE ANTERIOR EN PDC SI NO MRN: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CELULA#: _____ TRABAJO/HOGAR #: _____ EMAIL: _____

ESTUDIO SOLICITADO: _____

DIAGNOSTICO / MOTIVO DE ESTUDIO: _____

MEDICO REFERENTE: _____ TELEFONO #: _____

¿ACTUALMENTE TIENE O ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

REVISA LA CAJA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Neuroestimulador (Unidad TENS) |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Puerto de acceso vascular y/o Catheter | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infusión de drogas implantadas Dispositivo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Stent cardíaco, filtro, bobina o cables | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Grapa quirúrgica, clips o Suturas Metálicas |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cualquier Fragmento Metálico, Balas, Metralla | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estimulador de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Prótesis de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reemplazo de Articulaciones (Cadera, rodilla) en parte del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Semillas o implantes de radiación | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Insulina u otra infusión bomba |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Clips de aneurisma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pasador de unión, tornillo, clavo, Alambre o Placa |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Coclear, Otológico u Otro Implante de oreja | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Implantes de malla de alambre o futuros |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Derivación (espinal o cerebral) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Magneticamente activada implante o dispositivo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Crecimiento óseo/fusión ósea Estimuladora | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Electrodo Internos o Alambres |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cualquier Tipo de Prótesis (Ojo, pene, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cualquiera de los Dispositivos Implantados en Cuerpo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Implante electrónico o dispositivo | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene antecedentes de extracción de metal de su ojo por parte de un médico | |

Si respondió afirmativamente a alguna de estas preguntas, explique: _____

SÓLO MUJERES: Embarazo SI NO LMP: _____ Expansor de tejido (Pecho, IUD) SI NO

He leído y recibido el formulario de la Ley de Privacidad HIPAA
He leído y recibido el Formulario de Declaración de Derechos del Paciente
Doy fe de que la información anterior es correcta y he cumplido a mi leal saber y entender

Firma del paciente/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del técnico/testigo: _____ Fecha: _____