

Patient Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

University of Wisconsin Hospital and Clinics

600 Highland Avenue • Madison, Wisconsin 53792

UW HEALTH MRI SCREENING FORM

FAX: UWHC 608-262-0907 Research Park 608-265-8330

Please Fax within 24 hours of scheduling

Additional Clinic Locations: UW Health 1 South Park • 1 South Park Street • Madison, WI 53715 UW Health Research Park • 621 Science Drive • Madison, WI 53711

Es importante responder correctamente a la información enumerada abajo para asegurar la compatibilidad y seguridad del paciente dentro del escáner de IRM.

Scan Requested _____ **Ordering MD/Telephone** _____

DX _____ **PT WT:** _____ **HT:** _____ **Appt. Date:** _____ **Time:** _____

- SÍ NO**
- IRM previa
Fecha _____
Institución _____
 - Cirugía en las últimas 6 semanas
 - Cirugía del corazón
 - DACI (Derivación arterial coronaria con injerto)
 - Válvula cardíaca
 - Stent
 - Marcapasos/Desfibrilador
 - Cirugía de la cabeza/del cerebro
 - Pinzas para aneurismo cerebral
 - Espirales
 - Derivación ventricular
 - Cirugía del ojo
 - Implante de lente
 - Cirugía del oído
 - Implante de oído
 - Cirugía de la espalda; Lugar: _____
 - Aparatos implantados
 - Seno/Pene
 - Electrodos
 - Bomba
 - Catéteres epidurales
 - Parche transdermal
 - Neuroestimulador
 - Filtros de CIV
 - Stents
 - DIU
 - Otro

Historial de metal en el cuerpo

- SÍ NO**
- Moedor/soldador de metal ocupacional
 - Hobby de moler metal/soldador
 - Acostumbra a ponerse lentes de protección
 - Se le han quitado fragmentos de metal de los ojos

Comentarios sobre cualquier Sí:

Fecha _____
 Institución _____
 Médico _____
 Procedimiento quirúrgico _____
 Nombre del implante _____
 Modelo#/Fabricante _____

Historial de metal en el cuerpo (continuación)

- SÍ NO**
- Radiografías de las orbitas /Fecha/Resultados: _____
 - Herida de bala, BBs, Metralla
 - Metal de un accidente
 - Metal por alguna cirugía
 - Tatuaje
 - Piercing en el cuerpo

Dé información sobre lo siguiente

- SÍ NO**
- Enfermedad del riñon _____
 Date: _____ BUN: _____ mg/dL Date: _____ Creatinine: _____ mg/dL

Adult Reference Range: UWHC: 7-20 Adult Reference Range: UWHC: 0.6-1.3

Check Testing site: UWMF: 7-23 Check Testing site: UWMF: 0.4-1.1

Fill in Ref range for Non-UW site Other: _____ Fill in Ref range for Non-UW site Other: _____

- Diálisis (días _____)
- Anemia Hemolítica /de Células falciformes _____
- Discapacidades física/médica/mental _____
- Desorden de movimiento involuntario _____
- Enfermedad de los pulmones
- Apnea del sueño
- Paciente puede estar acostado boca arriba y quedarse quieto por 30-60 minutos
- Embarazo/Posibilidad de estar embarazada
 Resultados de la prueba de embarazo _____ Fecha _____
- Dando de pecho
- Claustrofóbico/a
- Sedación recetada; Si sí, identifique:
 Medicamento/ Dosis _____
- Conductor confirmado
- Medicamento para el dolor recetado; Si sí, identifique:
 Medicamento/ Dosis _____
- Alergias a medicamentos _____

Comments: _____

Paciente ingresados solamente:	Se le quitó Dobhoff	Y	N	NA
Equipo de observación: _____	El paciente puede aguantar la respiración por 30 segundos. (Solamente IRM/ARM del pecho y abdomen)	Y	N	NA
Se le quitó el catéter de _____	Aislamiento: (Tipo) _____	Y	N	NA

SCREENER/FORM COMPLETED BY (Signature/Date Required): _____ **Date:** _____ **Time:** _____

INFORMATION SOURCE: Patient / Chart / Family Member _____ **/ Other** _____

MRI/RN _____ **MRI Tech** _____ **Date:** _____ **Time:** _____ **Pager #:** _____