



RA0053

DEPARTMENT OF RADIOLOGY
MRI QUESTIONNAIRE / (Cuestionario de Resonancia Magnética)

Name (Nombre) WEIGHT (PESO)

DOB: (Fecha de nacimiento) Allergies (alergia)

Referring Physician: (Médico de Referencia) MR#

Eligibility Criteria / (Criterio de Elegibilidad)

- 1. History of claustrophobia? (Historia de claustrofobia?) Y(s) N
2. Possibility of pregnancy? (Posiblemente Embarazada?) Y(s) N
3. Pacemaker? (Marcapaso?) Y(s) N
4. Heart valve prosthesis? (Prótesis de Válvula de Corazón?) Y(s) N
5. Defibrillator? (Desfibrilador?) Y(s) N
6. Coronary/bypass renal transplant clips? (Pinzas de Puente de Corazón/Trasplante Renal?) Y(s) N
7. Stents? (Cánula renal?) Y(s) N
8. Aneurysm clips/coils? (Pinzas microespirales de Aneurisma?) Y(s) N
9. Intracranial clips? (Pinzas Intracraneales?) Y(s) N
10. Other vascular clips? (Otras Pinzas Vasculares?) Y(s) N
11. Joint replacement? / Orthopedic Devices? (Reemplazo de Articulación?) Y(s) N
12. Shrapnel? (Tiene metralla?) Y(s) N
13. Gunshot wound? (Herida de Bala?) Y(s) N
14. Hearing aides? (Audifono?) Y(s) N
15. Middle ear prosthesis? (Prótesis del Oído?) Y(s) N
16. Orbital prosthesis? (Prótesis Ocular?) Y(s) N
17. Braces, dentures, retainers? (Corrector, Dentadura Postiza, Otro Aparato Dental?) Y(s) N
18. Epilepsy? (Epilepsia?) Y(s) N
19. IUD? (DIU / Dispositivo Intrauterino?) Y(s) N
20. Pessary ring? (Pesario Contraceptivo?) Y(s) N
21. Shunt? (Derivación en el Cerebro?) Y(s) N
22. Body Piercing? (Perforación del Cuerpo?) Y(s) N
23. Penile implant? (Implante de Pene?) Y(s) N
24. Spinal Cord Stimulator or Pain Pump? (Aparatos Ortopédicos?) Y(s) N
25. Exposure to metal in eyes? (Expuesto a metales en los ojos?) Y(s) N
26. Medication drug patch? (Parche de Medicina?) Y(s) N
27. Sickle Cell Anemia? (Anemia de la Células Falciformes?) Y(s) N
28. Kidney (renal) problems? (Algunos problemas con los riñones?) Y(s) N
29. Diabetes? (Diabetes?) Y(s) N
30. Are you on dialysis? (Diálisis?) Y(s) N
31. Tattoos or permanent makeup? (Tatuajes? o maquillaje permanente?) Y(s) N

GENERAL BACKGROUND:

- 1. What complaints or symptoms led you to seek medical care? (¿Qué quejas o síntomas le hicieron buscar atención médica?)
2. How long have you had these symptoms? (¿Cuánto tiempo ha tenido usted estos síntomas?)
3. Have you had any prior MRI's or CT studies? (¿Usted ha tenido anteriormente exámenes de MRI o CT?)
4. Have you been diagnosed with cancer? (¿Ha sido usted diagnosticado con cancer?)
5. Any previous surgeries? (¿Ha tenido alguna operación?)
6. What medications are you taking? (¿Cuales medicamentos está tomando?)
7. Medical History (Historial Medico)



RA0053

MRI OF THORACIC / LUMBAR – LUMBO SACRAL SPINE (de la espina dorsal):

- 1. Do you have low back pain? (¿Tiene usted dolor en la parte baja de la espalda?) Y(s) N
- 2. Do you have any weakness of your right leg? (¿Tiene usted debilidad en su pierna derecha?) Y(s) N
- 3. Do you have any weakness of your left leg? (¿Tiene usted debilidad en su pierna izquierda?) Y(s) N
- 4. Do you have difficulty raising or lowering your foot? (¿Tiene usted dificultad para levantar o bajar el pie?) Y(s) N
- 5. Do you have bowel/bladder problems? (¿Tiene usted problemas con los intestinos o la vejiga?) Y(s) N
- 6. Have you had a myelogram? (¿Ha tenido usted en examen de mielograma?) Y(s) N
- 7. Have you had previous back surgery? (¿Ha tenido usted alguna operación de la espalda?) Y(s) N
- 8. Do you have pain, numbness or tingling in any of the following areas? Please check the appropriate selections. (¿Tiene usted dolor, adormecimiento, o hormigueo en una de las siguientes partes? Por favor revise y seleccione apropiadamente.)

| | | |
|--|-----------------|------------------|
| Buttocks (Nalgas) | right (Derecha) | left (Izquierda) |
| Front of thigh (Muslo Frontal) | right (D) | left (I) |
| Back of thigh (Muslo Trasero) | right (D) | left (I) |
| Calf (Pantorrilla) | right (D) | left (I) |
| Foot/big Toe (Pie o el dedo gordo del pie) | right (D) | left (I) |
| Foot/small Toe (Pie o el dedo pequeño del pie) | right (D) | left (I) |

MRI OF CERVICAL SPINE (de la espina cervical):

- 1. Do you have neck pain? (¿Tiene usted dolor de cuello?) Y(s) N
- 2. Do you have any weakness of the right arm? (¿Tiene usted debilidad en el brazo derecho?) Y(s) N
- 3. Do you have any weakness of the left arm? (¿Tiene usted debilidad en el brazo izquierdo?) Y(s) N
- 4. Do you have any bowel/bladder problems? (¿Tiene usted problemas con los intestinos o la vejiga?) Y(s) N
- 5. Have you had a myelogram? (¿Ha tenido usted en examen de mielograma?) Y(s) N
- 6. Have you had any neck surgery? (¿Ha tenido usted operaciones en el cuello?) Y(s) N
- 7. Do you have any numbness, tingling in any of the following areas? Please check appropriate selection. (¿Tiene usted dolor, adormecimiento, o hormigueo en una de las siguientes partes? Por favor revise y seleccione apropiadamente.)

| | | |
|---|-----------------|------------------|
| Shoulder (Hombro) | right (Derecha) | left (Izquierda) |
| Upper arm (Brazo) | right (D) | left (I) |
| Lower Arm (Antebrazo) | right (D) | left (I) |
| Finger (Dedo) (Specify/especificar 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th) | right (D) | left (I) |

MRI OF JOINTS / EXTREMITIES (de articulaciones y extremidades):

- 1. Is there swelling of the affected limb or joint? (¿Está hinchado el miembro o articulación afectado?) Y(s) N
- 2. Do you have poor range of motion? (¿Tiene usted rango de movimiento deficiente?) Y(s) N
- 3. Are you experiencing any pain in the area? (¿Está usted experimentando algún dolor en esta parte?) Y(s) N
- 4. Did an accident cause this problem? (¿Un accidente causó este problema?) Y(s) N
- 5. Have you had previous surgery in this area? (¿Ha tenido operaciones en esta parte?) Y(s) N

MRI OF THE BRAIN (del Cerebro):

- 1. Have you experienced any nausea or vomiting? (¿Ha experimentado náuseas o vómitos?) Y(s) N
- 2. Do you have hearing loss? (¿Está perdiendo el oído?) Y(s) N
- 3. Do you have headaches (¿Tiene usted dolores de cabeza?) Y(s) N
- 4. Are you experiencing numbness in your face? (¿Tiene la cara adormecida o paralizada?) Y(s) N
- 5. Do you have trouble with your balance? (¿Tiene problemas de equilibrio?) Y(s) N
- 6. Have you experienced any visual disturbances? (¿Tiene trastornos con la visión?) Y(s) N
- 7. Have you had a head injury? (¿Ha tenido una lesión en la cabeza?) Y(s) N
- 8. Have you had any seizures? (¿Ha tenido ataques/convulsiones?) Y(s) N
- 9. Have you had any previous neurological problems? If yes, please describe. (¿Ha tenido problemas neurológicos? Si ha tenido, por favor descríbalos _____)



RA0053

MRI OF TMJ (De la Articulación Temporomandibular):

- 1. Do you have difficulty opening or closing your mouth? (¿Tiene usted dificultad en abrir o cerrar la boca?) Y(s) N
- 2. What gives you greater difficulty, opening or closing? (¿Cuál le da mayor dificultad, abrir o cerrar?) O(a) C
- 3. Is it painful when you chew food? (¿Es doloroso cuando usted mastica la comida?) Y(s) N
- 4. What side is more painful? (¿Cuál lado es más doloroso?) R(d) L(l)
- 5. Do you experience clicking? (¿Ha experimentado chasquido [ruido en la boca]?) Y(s) N
- 6. Does clicking occur when your mouth is half or wide open? (¿El chasquido o ruido en la boca ocurre cuando su boca está media abierta o está abierta completamente?) H(m) W(c)
- 7. What side does the clicking occur on? (¿En qué parte ocurre el chasquido [ruido en la boca]?) R(d) L(l)
- 8. Has your jaw ever locked open or closed? (¿Su mandíbula se ha quedado inmóvil abierta o cerrada?) Y(s) N
- 9. Have you had an injury to the jaw? (¿Ha tenido usted alguna lesión en la mandíbula?) Y(s) N
- 10. Do you wear an appliance? (¿Usa usted algún suplemento físico?) Y(s) N

Upon leaving the facility, please give the list of your current meds to your health care provider/physician. Keep your medication list current and up to date. You can do this by revising your list when medications are discontinued, the dose is changed, or new medications (including over the counter medications) are added. Carry the list with you at all times should an emergency situation arise.

Al salir del hospital, favor de facilitarle a su proveedor de cuidado de salud/su medico, la lista de medicinas que usted toma actualmente. Mantenga al día la lista de medicinas. Puede hacerlo revisando la lista cuando las medicinas han sido suspendidas, la dosis ha sido cambiada, o nuevas medicinas (incluyendo medicinas sin receta) han sido añadidas. Lleve la lista consigo siempre para casos de emergencia que puedan ocurrir.

Women age 12–55: I attest that I am not pregnant, nor am I a nursing mother. _____ (patient initials)

Mujeres ed edades 12–55: Doy fe de que no estoy embarazada ni soy una madre lactante. _____
(iniciales del paciente)

I certify that all the above questions were asked and that I have answered them honestly.
(Certifico que todas las preguntas que se me han hecho por escrito las he contestado sinceramente)

Patient signature (Firma del paciente): _____ **Date (Fecha):** _____ **Time (Hora):** _____

Parent (Padres) or legal Guardian (Tutor) signature: _____ **Date (Fecha):** _____ **Time (Hora):** _____

Witness: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

Reviewed by: _____ **Date:** _____ **Time:** _____