

Fax Number: 1-415-925-7345

Date: _____

Patient's Height: _____

Patient's Weight: _____

Tiene un marcapasos, alambre de marcapasos, y/o defibrilador cardiaco?* Si No
(Pacemaker, pacer wires, implanted cardiac defibrillator)

Tiene pinza neurisma del cerebro? Si No
(Brain aneurysm clip)

Ha tenido un estudio de MRI? Si No
(Have you ever had an MRI)

Ha tenido alguna vez una herida con metal en los ojos? Si No
(Have you ever had a metal injury to your eyes)

Si respondio si, ha tenido un MRI desde ese incidente? Si No
(Have you had an MRI since the incident of metal to your eyes)

Es usted claustrofobico/a? Si No
(Are you claustrophobic)

Ha alguna posibilidad de que este embarazada? Si No
(Could you be pregnant)

Esta amamantando a su bebe? Si No
(Are you breast feeding)

Neuro-Estimulador? Si / No
(Neuro Stimularo)

Bio-Estimulador? Si / No
(Bio Stimulator)

Estimulador De los huesos? Si / No

Coyunturas reemplazadas? Si / No

Varas de Harrington, grapas Si / No
(Metal rod implants)

Ojo Protetico? Si / No
(Eye prosthesis)

Implantes en el oido? Si / No
(Hearing aids)

Tatuajes? Si / No
(Tattoos)

Maquillaje Tatuado? Si No

(Bullet fragments, shrapnel)
Aparato auditivo? Si / No

Pompa de insulina? Si / No
(Insulin pump)

Pompa de infusion/delore? Si / No
(Infusion implants for pain)

Aparo Auditivo Si / No
(Inner ear implants)

Dentaduras removibles? Si / No
(Removable denture work)

Implante de pene? Si / No
(Penile implant)

* If Yes, MRI - Cardiology Order form (M7630-XXXX) must be completed

Patients Signature: _____ R.N. / X-Ray Tech / Guardians Signature: _____



250 Bon Air Road
Greenbrae, CA 94904

**MRI
SCREENING
FORM -
Spanish**

Form M7630-0393S
Rev. 03/01/08
Page 1 of 1



* R A D *