



Distinguished Diagnostic Imaging P.C.

MRI SCREENING SHEET

John T. Rigney, M.D. Board Certified Radiologist

MRI • BONE DENSITOMETRY • X-RAY • ULTRASOUND • MAMMOGRAPHY • CT SCAN

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Type of Scan \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_

Referring Physician: \_\_\_\_\_ Dr. Phone # \_\_\_\_\_

Is this your first MRI? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No How much do you weigh? \_\_\_\_\_

Date of prior MRI? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Where did you do your last MRI? \_\_\_\_\_

DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING

Table with 5 columns: PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS, YES, NO, PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS, YES, NO. Rows include: PACEMAKER?, CARDIAC DEFIBRILLATOR?, COCHLEAR EAR IMPLANTS?, IMPLANTS OF ANY KIND?, ANEURYSM CLIPS?, RETINAL TACK/CATARACT LENS?, CARDIAC STENT?, IF YES, EXPLAIN: (with sub-questions for female patients).

YES NO

Table with 3 columns: Question, YES, NO. Rows include: FOREIGN BODIES (BULLET, SHRAPNEL BODY PIERCING)?, HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING: HEAD/NECK/ CHEST SURGERY?, ARTHROSOPIIC SURGERY?, ANY OTHER SURGERY?, HEARING AID?, DENTURES OF PARTIALS?, TATTOO OR TATTOOED EYELINER/BROW?, TRANSDERMAN /NICODERM /SMOKING PATCH?, DO YOU HAVE ANY ALLERGIES?, HISTORY OF CANCER OR TUMORS?, HAVE YOU HAD RADIATION/CHEMOTHERAPY?.

\*FOR MRI CONTRAST ONLY\*

1) Do you have any Red Blood Cell Disorder, such as sickle cell anemia? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ YES

2) Do you have any dysfunction of your liver or kidneys? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ YES

REASON FOR EXAM OR RULE OUT:

TECHNOLOGIST SIGNATURE:

I verify that the answers I have provide to questions on this form are correct and understand that withholding information or inaccurate information may adversely affect the interpretation of this exam.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TIPO DE EXAMEN \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

MEDICO REFERIDO: \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL MEDICO # \_\_\_\_\_

**ESTE ES SU PRIMER MRI?** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ **CUANTO ES SU PESO?** \_\_\_\_\_

**FECHA DE SU ANTERIOR MRI?** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **A DONDE FUE SU ULTIMO MRI?** \_\_\_\_\_

**USTED TIENE CUALQUIER DE LOS SIGIENTES :**

	SI	NO		SI	NO
<b>MARCA PASO DE CORAZON</b>			<b>PINSA DE ANEURISMA?</b>		
<b>DESFIBRILADOR CARDIACO?</b>			<b>TACK DE RETINA/LENTE DE CATARATA?</b>		
<b>IMPLANTES DE OIDO COCLEARES?</b>			<b>TIENES UN CANULA DE ARTERIA/STENT CARDIACO</b>		
<b>IMPLANTES DE CUALQUIER OTRO TIPO?</b>			<b>SI; EXPLICA</b>		
<b>**SOLAMENTE PARA LAS MUJERES**</b>	SI	NO			
<b>POSSIBLEMENTE EMBARRAZADA?</b>					
<b>TIENE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO/PESARIO?</b>					
<b>FECHA DE SU ULTIMO PERIODO</b> ___/___/___					

	SI	NO	
<b>TIENES BALAS EN EL CUERPO, O PANTALLAS EN EL CUERPO?</b>			<b>SI; EXPLICA:</b>
<b>A TENIDO CUALQUIER DE LO SIGUIENTE:</b>	SI	NO	
<b>CIRUGIA EN LA CABEZA/ CUELLO/PECHO?</b>			<b>SI, EXPLICA:</b>
<b>CIRUGIA ARTHROSCOPICA?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>CUALQUIER OTRA CIRUGIA?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>IMPLANTE AUDIFONO?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>DENTADURA O PUENTES?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>TATUJES O TATUJES DE OJO/CEJA?</b>			<b>SI, EXPLICA : <input type="checkbox"/>VIEJO <input type="checkbox"/>NUEVO</b>
<b>PARCHE DE FUMAR?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>USTED TIENE ALLERGIA?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>HISTORIA DE CANCER OR TUMORES?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>
<b>A TENIDO QUIMOTERAPIA/ RADIOTERAPIA?</b>			<b>SI, EXPLICA</b>

**\*FOR MRI CONTRAST ONLY\***

1) USTED TIENES UN DESORDEN CON SU SANGRE COMO: GLOBULO ROJO O ANEMIA? \_\_\_ NO \_\_\_ SI

2) USTED SUFRES DE ALGUN DESFUNCION DE LOS RINONES O HIGADO? \_\_\_ NO \_\_\_ SI

**LA RAZÓN DEL EXAMEN O EXCLUYE:**

TECHNOLOGIST SIGNATURE:

Yo Verefico que todas las repuestas que conteste sobre las preguntas en este formulario estan corecto/a y entiendo que aguantar informacion o dar informacion que no sea corecto pueda afectar la interpretacion de este examen.

**FIRMA DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_