



MRI PATIENT HISTORY AND SCREENING

Patient Name: \_\_\_\_\_ Sex:  M  F Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Referring Physician:  Gregory Wilson, D.O.  Clint Basener, D.O.  Kelly Wratten NP  Keith Simmons, D.O.
 Corey Stubbs DCM  Andronica Handie, DPM

Reason you are having an MRI? \_\_\_\_\_

Please explain your medical problem in detail: \_\_\_\_\_

Have you previously had an MRI?  Yes  No (If yes, please tell us when and if you experienced any problems)

Do you plan on taking any sedation / medication / alcohol for your scheduled procedure?  Yes  No

If yes, what do you plan on taking? \_\_\_\_\_

Please check the box if you have any of the following? (Please carefully read and answer each question below)

- Heart Surgery/ Heart Valve/Pacemaker, if yes please explain: \_\_\_\_\_
 Brain Surgery/Brain Aneurysm Clips, if yes, please explain: \_\_\_\_\_
 Shunts/Stents/Intravascular/coil
 Eye surgery/Implants
 Neurostimulator/Biostimulator
 Ear Surgery/Cochlear Implants/Hearing Aids
 Any Electrical, Mechanical or Magnetic Implants
 Implanted Drug Infusion Pump/Insulin Pump
 Implanted Cardiac Defibrillator
 Injury to eye involving metal or metal shavings
 Penile Prosthesis
 Orthopedic Pins, If yes, which one  Screws,  Rods,  Other \_\_\_\_\_
 History of Cancer or Tumors
 Radiation Therapy/Chemo Therapy
 Previous Back Surgery (Neck or Back)
 Vascular Access Port
 Diaphragm/IUD/Pessary
 Metal Mesh Implants/Wire Sutures/Wire Staples/Internal Electrodes
 Tattoo's/Permanent Make-up/Body piercing
 Dentures/Partials/Dental Implants
 Gunshot Wounds/Shrapnel/BB's
 Are you Pregnant? Last menstrual period \_\_\_\_\_
 Are you claustrophobic

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Month Day Year

Your provider at Invictus Healthcare has ordered an MRI test to help diagnose your problem.
According to Medicare guidelines, we are required to inform you that you may have your MRI test completed at the imaging center of your choice.



PROYECCIÓN Y RESONANCIA MAGNÉTICA HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Médico Refiriendo:  Gregory Wilson, D.O.  Clint Basener, D.O.  Kelly Wratten NP  Keith Simmons, D.O.
 Corey Stubbs DCM  Andronica Handie, DPM

¿Razón que le van a hacer una resonancia magnética? \_\_\_\_\_

Explique su problema médico en detalle: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido anteriormente una resonancia magnética?  Sí  No (si la respuesta es si, por favor díganos cuando y si usted experimenta cualquier problema)

¿Piensas en tomar cualquier sedación / medicamento / alcohol para el procedimiento programado?  Sí  No

Si la respuesta es si, ¿qué va a tomar? \_\_\_\_\_

¿Por favor marque la casilla si usted tiene cualquiera de las siguientes? (Por favor lea la pregunta en detalle y responda a cada pregunta a continuación)

- Cirugía del corazón / válvula/marcapasos, en casoafirmativo: \_\_\_\_\_
 Cirugía del cerebro/ cerebral Aneurisma Clips, si la respuesta es sí, responda en detalle: \_\_\_\_\_
 Desviaciones/Stents/Intravascular/bobina
 Ojo cirugía/implantes
 Neuroestimulador/micronutrientes
 Oído cirugía coclear implantes/audífonos
 Cualquier implantes eléctricos, mecánicos o magnéticos
 Bomba de insulina de infusión de fármacos implantado
 Desfibrilador cardíaco implantado
 Lesiones en los ojos que implica virutas de metal o metal
 Prótesis de pene
 Pins ortopédicos, si es así, que uno  Tornillos,  Barras,  Otra \_\_\_\_\_
 Historia de cáncer o tumores
 Terapia quimico radioterapia
 Cirugía anterior de la espalda (cuello o espalda)
 Puerto de acceso vascular
 Pesario de DIU de diafragma
 Implantes/alambre de malla de metal suturas/alambre grapas internas electrodos
 Tatuaje / Maquillaje permanente /arêtes en el cuerpo
 Parciales/prótesis/implantes
 Heridas por arma de fuego/metrala/BB
 ¿Estás embarazada? Última menstruación \_\_\_\_\_
 Eres claustrofóbico

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
Mes Día Año

Su proveedor de Invictus Healthcare ha ordenado una prueba de MRI para ayudar a diagnosticar su problema. De acuerdo con las pautas de Medicare, debemos informarle que puede completar su prueba de MRI en el centro de imágenes de su elección.