

FECHA:		SALA:		
NOMBRE DEL PACIENTE:		DOCUMENTO		
EPS			TELEFONO:	
EDAD DEL PACIENTE:				OBSERVACIONES
MARCAR CON X		SI	NO	
ASEGURESE QUE EL PACIENTE REQUIERE O NO ANESTESIA				
CLAUSTROFOBIA				
MENOR DE 10 AÑOS				
ADULTO MAYOR (70 AÑOS)				
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS				
HEMODINAMICAMENTE INESTABLE				
ALTERACIONES MENTALES				
TOLERANCIA A LA POSICION				
CONDICION DEL PACIENTE				
ESTADO DE EMBARAZO				
ESTA AISLADO				
TIPO DE AISLAMIENTO (AIRE, GOTAS, CONTACTO)				
SUFRE DE LUPUS O ENFERMEDAD AUTOINMUNE				
VERIFICAR SI EL PACIENTE TIENE:				
MARCAPASO				
DESFIBRILADOR CARDIACO				
CLIP QUIRURGICOS, GRAPAS, INJERTOS O ENDOPROTESIS				
CLIP ANEURISMMA				
IMPLANTE COCLEAR				
ESPIRALES CEREBRALES / COILS				
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS				
AUDIFONOS REMOVIBLES				
VALVULAS MECANICAS				
ESQUIRLAS POR ARMA DE FUEGO EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO				
IMPLANTES METALICOS EN EL CUERPO (SI/NO/DONDE)				
BRACKETS - PIERCINGS – TATUAJES - MICROPIGMENTACIÓN				
ESTA CONECTADO A VENTILADOR O TIENE DIFICULTADO RESPIRATORIA				
OTROS - INDAGAR AL PACIENTE				
SUFRE DIABETES				
SUFRE DE INSUFICIENCIA RENAL				



LISTA DE CHEQUEO PACIENTES RESONANCIA MAGNÉTICA

CODIGO: PSH-FOR-002

Fecha de actualización:
18/02/2025

VERSION: 4

PAGINA: 2 de 2

ESCRIBA EL PESO DEL PACIENTE			
SUFRE DE PROCESOS ALERGICOS O ASMATICOS			
CUENTA CON ESTUDIOS ANTERIORES			
RIESGO DE CAIDA DE PACIENTES			
REQUIERE MEDIO DE CONTRASTE			
VALOR DE CREATININA			
SE HA REALIZADO ESTUDIOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS CON MEDIOS DE CONTRASTE LAS ULTIMAS 72 HORAS			
VENAS PERIFERICAS PERMEABLES			
Nro CATETER			
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:			
EXAMEN SOLICITADO			
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE QUE REALIZA EL CUESTIONARIO			