

Beth Israel Deaconess Medical Center

MRI Research Safety & Study Information Form

MRI Research Department

Updated 5/15/21

Centro Médico Beth Israel Deaconess

Departamento de Investigaciones de Exámenes de IRM

Formulario de Información sobre Investigación y Estudios
de Seguridad de los exámenes de IRM

Actualizado 5/15/21

Today's Date _____ Name _____
 Fecha de hoy _____ Nombre _____
 Your Weight _____ Date of Birth _____
 Su Peso _____ Fecha de Nacimiento _____
 Emergency Contact Name and Telephone Number _____
 Nombre de contacto de emergencia y número de teléfono _____

Have you signed a research consent form? ☐ Yes ☐ No

¿Ha firmado usted un formulario de consentimiento para investigación anteriormente? ☐ Sí ☐ No

An MRI examination involves the use of a very strong magnet. For your safety, the presence of certain metallic objects must be determined before entering the exam room. Please place a check under the appropriate column for each of the items listed below.

Un examen de imagen por resonancia magnética (IRM) involucra el uso de un imán sumamente potente. Para su seguridad, la presencia de ciertos objetos metálicos debe determinarse antes de que entre a la sala de examinación. Por favor marque la columna apropiada para cada una de las preguntas abajo enumeradas.

Do you have any of the following? (<i>Documentation required on make and model of any implant</i>)	Yes	No
¿Tiene usted alguno de los siguientes dispositivos? (<i>Debe proporcionar documentación sobre la marca y modelo de cualquier implante</i>)	Sí	No
1. Do you have an implantable pacemaker, pacer wires, or defibrillator? <i>If Yes: Make/Model #: _____ Date of Surgery: _____</i> 1. ¿Tiene usted un marcapasos implantable, cables de marcapasos o desfibrilador? <i>En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo: _____ Fecha de la Cirugía: _____</i>		
2. Do you have any metallic heart valves or any stents (cardiac, carotid, renal, biliary, vascular, etc.)? <i>If Yes: Make/Model #: _____ Date of Surgery: _____</i> 2. ¿Tiene usted algún tipo de válvulas cardíacas metálicas o stents (Cardíacos, carotídeos, renales, biliares vasculares, etc.)? <i>En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo: _____ Fecha de la Cirugía: _____</i>		
3. Do you have a Linx® Reflux Management System or EnteroMedics® VBLOC Maestro System? 3. ¿Tiene usted un sistema de manejo del Reflujo Linx® o un VBLOC bloqueador vagal de la marca Sistema Maestro EnteroMedics®?		
4. Do you have a bio or neurostimulator, spinal cord stimulator, or other neurological implant? <i>If Yes: Make/Model #: _____ Date of Surgery: _____</i> 4. ¿Tiene usted un bioestimulador o neuroestimulador, estimulador de la médula espinal, u otro implante neurológico? <i>En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo: _____ Fecha de la Cirugía: _____</i>		
5. Do you have any aneurysm clips (ex. brain)? <i>If Yes: Make/Model #: _____ Date of Surgery: _____</i> 5. ¿Tiene usted clips de aneurisma (por ejemplo, cerebral)? <i>En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo: _____ Fecha de la Cirugía: _____</i>		
6. Do you have any shunts (spinal, ventricular, peritoneal, subgaleal, etc.)? Are they programmable? ☐ Yes ☐ No <i>If Yes: Make/Model #: _____</i> 6. ¿Tiene usted derivaciones (de columna vertebral, ventricular, peritoneal, subgaleal, etc.)? ¿Son programables? ☐ Sí ☐ No <i>En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo: _____ Fecha de la Cirugía: _____</i>		

Beth Israel Deaconess Medical Center

MRI Research Safety & Study Information Form

MRI Research Department

Updated 5/15/21

Centro Médico Beth Israel Deaconess

Departamento de Investigaciones de Exámenes de IRM

Formulario de Información sobre Investigación y Estudios
de Seguridad de los exámenes de IRM

Actualizado 5/15/21

Do you have any of the following? (Documentation required on make and model of any implant) ¿Tiene usted alguno de los siguientes dispositivos? (Debe proporcionar documentación sobre la marca y modelo de cualquier implante)	Yes Sí	No No
7. Do you have an implanted or removable pump (insulin, pain medicine, chemotherapy)? 7. ¿Tiene usted algún sistema de bombeo implantado o removible? (insulina, medicamento contra el dolor, quimioterapia, etc.)?		
8. Do you have an implanted or removable electronic monitoring device (glucose, cardiac, etc.)? 8. ¿Tiene un dispositivo electrónico de control implantado o removible (de glucosa, cardíaco, etc.)?		
9. Are you wearing a patch that delivers medication (nicotine, nitroglycerin, pain medicine, etc.) or are you wearing a medicated cream? 9. ¿Tiene puesto un parche para la administración de fármacos (nicotina, nitroglicerina, medicamento contra el dolor, etc.) o se aplicó una crema medicada?		
10. Have you had ear surgery, or an implant or prosthesis placed? 10. ¿Se ha sometido a una cirugía de oído, o le han colocado un implante o prótesis?		
11. Have you had eye surgery (cataracts, etc.), or an implant or prosthesis placed (eye springs or wire, etc.)? 11. ¿Se ha sometido a una cirugía de la vista (cataratas, etc.), o se le ha colocado un implante o prótesis (cable, alambre, etc.)?		
12. Are you currently wearing colored contact lenses or eye enlarger/dilator "circle lens"? 12. ¿Está usted en estos momentos usando lentes de contacto de color o ampliadores/dilatadores oculares "lentes implantables redondos"?		
13. Have you had a metal injury to the eye? 13. ¿Ha sufrido usted una lesión con algún objeto metálico en el ojo?		
14. Do you have shrapnel or any metal fragment including bullet fragments anywhere in your body? 14. ¿Tiene usted fragmentos de metralla o cualquier fragmento metálico incluyendo fragmentos de bala en su cuerpo?		
15. Do you have any weapon with you today (guns, bullets, knives)? 15. ¿Actualmente lleva algún arma (pistolas, balas, cuchillos)?		
16. Do you have an indwelling port, catheter, or feeding tube? 16. ¿Tiene usted un puerto implantable, catéter, o tubo de alimentación?		
17. Do you have any tissue expanders or tissue implants (breast, chest wall, etc.)? 17. ¿Tiene usted algún expansor de tejido o implantes de tejidos? (tórax, pared torácica, etc.)?		
18. Have you swallowed a core temperature sensor? 18. ¿Ha ingerido una cápsula equipada con un sensor de la temperatura central?		
19. Are you having an endoscopy study right now which uses a small pill camera? 19. ¿Le van a practicar un estudio de endoscopia en estos momentos, en el cual se utiliza una cápsula equipada con una pequeña cámara?		
20. Have you had a colonoscopy, endoscopy, or interventional procedure in the last 30 days? 20. ¿Le han practicado una colonoscopia, endoscopia, o intervención quirúrgica en los últimos 30 días?		
21. In the last 30 days, have you had Feraheme® (ferumoxylol) iron fusion? 21. En los últimos 30 días, ¿le han administrado un reemplazo de hierro con Feraheme® (ferumoxylol)?		
22. Do you have any type of prosthesis, external fixation device, artificial joints or pinning, or bone growth stimulators? 22. ¿Tiene usted algún tipo de prótesis, dispositivo de fijación externa, articulaciones artificiales o enclavado, o estimuladores de crecimiento óseo?		
23. Do you have permanent and/or removable dental work (braces, retainers, dentures, dental implants, etc.)? 23. ¿Tiene usted una prótesis dental permanente y/o removible (frenillos, retenedores, dientes falsos, implantes dentales, etc.)?		

Beth Israel Deaconess Medical Center

MRI Research Safety & Study Information Form

Centro Médico Beth Israel DeaconessFormulario de Información sobre Investigación y Estudios
de Seguridad de los exámenes de IRM

MRI Research Department

Updated 5/15/21

Departamento de Investigaciones de Exámenes de IRM

Actualizado 5/15/21

Do you have any of the following? (<i>Documentation required on make and model of any implant</i>)	Yes	No
¿Tiene usted alguno de los siguientes dispositivos? (<i>Debe proporcionar documentación sobre la marca y modelo de cualquier implante</i>)	Sí	No
24. Do you have any body/skin piercings, body art modifications, tattoos, tattooed eyeliner, or permanent makeup? If yes, where: _____ 24. ¿Tiene usted aretes, arracadas (piercings) en el cuerpo/piel, modificaciones de arte corporal, tatuajes, tatuaje de párpados o maquillaje permanente? En caso afirmativo, ¿dónde? _____		
25. Are you wearing magnetic nail polish (Magna Nails™), magnetic eyelashes, or "Magic Hair"? 25. ¿Tiene puesto un esmalte de uñas magnético (Magna Nails™), pestañas magnéticas, o cabello mágico "Magic Hair"?		
26. Is there a possibility that you are pregnant? 26. ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?		
27. Do you have an IUD (Intra Uterine Device)? If Yes: Make/Model #: _____ 27. ¿Tiene usted un DIU (dispositivo intrauterino) En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo): _____		
28. Do you have a penile implant? If Yes: Make/Model #: _____ 28. ¿Tiene usted un implante de pene? En caso afirmativo: Indique la Marca/No. de Modelo : _____		
29. Are you claustrophobic? 29. ¿Es usted claustrofóbico(a)?		
30. Have you had an MRI before? If yes, when? _____ 30. ¿Le han practicado una resonancia magnética (IRM) anteriormente? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____		
31. Have you ever had any previous surgery? If yes, please list ALL surgeries since birth: 31. ¿Se ha sometido alguna vez a una cirugía? En caso afirmativo, por favor enumere TODAS las cirugías desde su nacimiento:		
32. Does this study you are having today involve contrast? (If so, please fill out the information on the next page. If not, you can proceed to the bottom of the page and sign). 32. ¿Sabe usted si su estudio de hoy involucra la administración de medio de contraste? (En caso afirmativo, por favor complete la información en la página siguiente. De lo contrario, puede proceder al final de la página y firmar).		

Beth Israel Deaconess Medical Center

MRI Research Safety & Study Information Form

MRI Research Department

Updated 5/15/21

Centro Médico Beth Israel Deaconess

Departamento de Investigaciones de Exámenes de IRM

Formulario de Información sobre Investigación y Estudios
de Seguridad de los exámenes de IRM

Actualizado 5/15/21

Contrast Allergy Questionnaire & Choyke Scale	Yes	No
Cuestionario de alergia a los medios de contraste y Escala de Choyke	Sí	No
1. Have you received an injection of contrast in the past for an MRI scan? If yes, was it in the last 4 days? ☐ Yes ☐ No If yes, when? _____ 1. ¿Se le ha administrado una inyección con medio de contraste en el pasado para un escáner de IRM? En caso afirmativo, ¿fue en los últimos 4 días? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____		
2. Have you ever had trouble getting an IV put in? 2. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la colocación de una vía intravenosa?		
3. Do you have allergies or sensitivities to any foods, medications, contrast agents, or any other allergies? Please list: 3. ¿Tiene usted alergias o sensibilidad a cualquier tipo de alimentos, medicamentos, agentes de contraste, o sufre de cualquier otro tipo de alergia? Por favor enumere:		
4. Have you ever been told you have kidney/renal problems or have you had kidney surgery? 4. ¿Le han dicho alguna vez que tiene problemas con los riñones/renales o se ha sometido a una cirugía renal?		
5. Have you ever been told you have protein in your urine? 5. ¿Le han dicho alguna vez que tiene proteína en su orina?		
6. Do you have high blood pressure? 6. ¿Sufre usted de hipertensión?		
7. Do you have diabetes? If yes, are you on insulin? ☐ Yes ☐ No 7. ¿Sufre usted de diabetes? En caso afirmativo, ¿está tomando insulina? ☐ Sí ☐ No		
8. Do you have gout? 8. ¿Sufre usted de gota?		
9. Are you on dialysis? If yes, please indicate how often: _____ 9. ¿Está usted en un tratamiento de diálisis? En caso afirmativo, indique la frecuencia _____		
10. Are you currently taking the drug Hydroxyurea? 10. ¿Está usted en estos momentos tomando el fármaco Hydroxyurea?		
11. Have you had a recent change in your health such as a hospitalization or newly diagnosed problem? If yes, what happened and when did it happen? 11. ¿Ha experimentado un cambio reciente en su salud, tal como una hospitalización o se le ha diagnosticado una condición médica nueva? En caso afirmativo, ¿qué le ocurrió y cuándo ocurrió?		

Beth Israel Deaconess Medical Center
MRI Research Safety & Study Information Form

MRI Research Department

Updated 5/15/21

Centro Médico Beth Israel Deaconess
Formulario de Información sobre Investigación y Estudios
de Seguridad de los exámenes de IRM

Departamento de Investigaciones de Exámenes de IRM

Actualizado 5/15/21

Please circle if you have any of the following medical conditions: Por favor marque con un círculo si ha sufrido de cualquiera de las siguientes condiciones médicas:															
Asthma Asma	Hay-fever Fiebre del Heno	Pheochromocytoma Feocromocitoma	Dubin-Johnson Syndrome Síndrome de Dubin-Johnson												
Important Instructions: The MRI staff will ask you to remove all personal items before entering the MRI environment or MRI rooms. Examples of items that MUST BE REMOVED are: Instrucciones Importantes: El equipo de IRM le pedirá que se quite todos los artículos personales antes de entrar al ambiente de IRM o salas de IRM. Los siguientes son ejemplos de los artículos que deben ser REMOVIDOS :															
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 16%;"> ▪Keys ▪Watch ▪Pens </td> <td style="vertical-align: top; width: 16%;"> ▪BodyPiercings ▪Credit/ATM cards ▪Eyeglasses </td> <td style="vertical-align: top; width: 16%;"> ▪HearingAids ▪Wigs/HairPieces ▪PartialPlate </td> <td style="vertical-align: top; width: 16%;"> ▪Barrettes ▪Bobby pins ▪Wallet </td> <td style="vertical-align: top; width: 16%;"> ▪Safety pins ▪Cellphones ▪Pagers </td> <td style="vertical-align: top; width: 16%;"> ▪Removable dental work ▪Clothing with metal fasteners/ metallic thread/ sequins or rhinestones </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> • Llaves • Reloj • Bolígrafos </td> <td style="vertical-align: top;"> • Aretes, Piercings • Tarjetas de Crédito/ Cajero Automático • Lentes </td> <td style="vertical-align: top;"> • Audífonos • Pelucas/Peluquines • Placa Parcial </td> <td style="vertical-align: top;"> • Hebillas • Ganchos • Billetera </td> <td style="vertical-align: top;"> • Alfileres • Teléfono Celular • Buscapersonas </td> <td style="vertical-align: top;"> • Dentaduras removibles • Ropa con botones metálicos- hilo metálico/lentejuelas o diamantes falsos </td> </tr> </table>				▪Keys ▪Watch ▪Pens	▪BodyPiercings ▪Credit/ATM cards ▪Eyeglasses	▪HearingAids ▪Wigs/HairPieces ▪PartialPlate	▪Barrettes ▪Bobby pins ▪Wallet	▪Safety pins ▪Cellphones ▪Pagers	▪Removable dental work ▪Clothing with metal fasteners/ metallic thread/ sequins or rhinestones	• Llaves • Reloj • Bolígrafos	• Aretes, Piercings • Tarjetas de Crédito/ Cajero Automático • Lentes	• Audífonos • Pelucas/Peluquines • Placa Parcial	• Hebillas • Ganchos • Billetera	• Alfileres • Teléfono Celular • Buscapersonas	• Dentaduras removibles • Ropa con botones metálicos- hilo metálico/lentejuelas o diamantes falsos
▪Keys ▪Watch ▪Pens	▪BodyPiercings ▪Credit/ATM cards ▪Eyeglasses	▪HearingAids ▪Wigs/HairPieces ▪PartialPlate	▪Barrettes ▪Bobby pins ▪Wallet	▪Safety pins ▪Cellphones ▪Pagers	▪Removable dental work ▪Clothing with metal fasteners/ metallic thread/ sequins or rhinestones										
• Llaves • Reloj • Bolígrafos	• Aretes, Piercings • Tarjetas de Crédito/ Cajero Automático • Lentes	• Audífonos • Pelucas/Peluquines • Placa Parcial	• Hebillas • Ganchos • Billetera	• Alfileres • Teléfono Celular • Buscapersonas	• Dentaduras removibles • Ropa con botones metálicos- hilo metálico/lentejuelas o diamantes falsos										
Patient Certification: I have answered these questions to the best of my ability. I understand that this information will be used to guide my care today. Certificación del Paciente: He contestado todas las preguntas anteriores de la mejor manera posible según mi leal saber y entender. Entiendo que esta información será utilizada como una guía para mi cuidado el día de hoy.															
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> X _____ Patient's signature Firma del paciente </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> OR </td> <td style="width: 45%;"> _____ Print Name Escriba en letra de imprenta </td> </tr> </table>				X _____ Patient's signature Firma del paciente	OR	_____ Print Name Escriba en letra de imprenta									
X _____ Patient's signature Firma del paciente	OR	_____ Print Name Escriba en letra de imprenta													
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"> X _____ Signature of Person Authorized to sign for patient Firma de la persona autorizada a firmar en nombre del paciente </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> and </td> <td style="width: 60%;"> _____ Print Name Escriba en letra de imprenta </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Date: ____/____/____ Fecha: ____/____/____ </td> <td style="text-align: center;"> Time: ____ : ____ Hora: ____ : ____ </td> <td style="text-align: center;"> ☐ a.m. ☐ p.m. a.m. p.m. </td> </tr> </table>				X _____ Signature of Person Authorized to sign for patient Firma de la persona autorizada a firmar en nombre del paciente	and	_____ Print Name Escriba en letra de imprenta	Date: ____/____/____ Fecha: ____/____/____	Time: ____ : ____ Hora: ____ : ____	☐ a.m. ☐ p.m. a.m. p.m.						
X _____ Signature of Person Authorized to sign for patient Firma de la persona autorizada a firmar en nombre del paciente	and	_____ Print Name Escriba en letra de imprenta													
Date: ____/____/____ Fecha: ____/____/____	Time: ____ : ____ Hora: ____ : ____	☐ a.m. ☐ p.m. a.m. p.m.													
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> X _____ Circle: M.D. / N.P. / P.A. / R.N. / Technologist - Signature Marque con un círculo: Doctor / Enfermera Médico / Asistente Médico / Enfermera Registrada / Técnico – Firma </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> _____ Print Name Escriba en letra de imprenta </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> ____/____/____ Date Fecha </td> <td style="width: 35%; text-align: center; vertical-align: middle;"> ____ : ____ Time (24 hour) Hora (24 horas) </td> </tr> </table>				X _____ Circle: M.D. / N.P. / P.A. / R.N. / Technologist - Signature Marque con un círculo: Doctor / Enfermera Médico / Asistente Médico / Enfermera Registrada / Técnico – Firma	_____ Print Name Escriba en letra de imprenta	____/____/____ Date Fecha	____ : ____ Time (24 hour) Hora (24 horas)								
X _____ Circle: M.D. / N.P. / P.A. / R.N. / Technologist - Signature Marque con un círculo: Doctor / Enfermera Médico / Asistente Médico / Enfermera Registrada / Técnico – Firma	_____ Print Name Escriba en letra de imprenta	____/____/____ Date Fecha	____ : ____ Time (24 hour) Hora (24 horas)												
If you have an implant or surgery whose MRI safety needs to be further investigated, may we access your medical records? Si tiene un implante o una cirugía cuya seguridad por resonancia magnética debe investigarse más a fondo, ¿podemos acceder a su expediente médico?			☐ Yes ☐ No ☐ Sí ☐ No Initial: _____ Iniciales: _____												

ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Study Name: _____

Scanner:	Pregnancy Test conducted?	Involves Contrast?	Subject Arrival Time	Room Entrance Time:	Room Exit Time:
1.5T / 3.0T / Other:	Yes / No (If yes: see Pregnancy test log for more information)	Yes / No (If yes: see contrast paperwork for more information)			