Fraternidad Muprespa

LISTADO DE VERIFICACION PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

☑ **CUESTIONARIO DE SEGURIDAD**

1. DISPOSITIVOS IMPLANTADOS Y OBJETOS METÁLICOS

❓ Preguntas	☑ Sí	❌ No
¿Tiene marcapasos, desfibrilador o válvulas cardiacas?	☐	☐
¿Posee clips vasculares o aneurismáticos?	☐	☐
¿Tiene implantes cocleares o auditivos?	☐	☐
¿Usa neuroestimuladores o bombas de infusión?	☐	☐
¿Posee prótesis articulares, placas o tornillos?	☐	☐
¿Tiene fragmentos, metralla, perdigones?	☐	☐

📌 **Si ha marcado "Sí", especifique el tipo, año de colocación y aporte informes si los tiene:**

📌 **Indique peso aproximado:**

---

2. CONDICIONES MÉDICAS Y OTROS FACTORES

❓ Preguntas	☑ Sí	❌ No
¿Está embarazada o sospecha de embarazo?	☐	☐
¿Sufre de claustrofobia?	☐	☐

☑ **Declaro haber leído y comprendido la información anterior.**
☑ **Confirmo que las respuestas proporcionadas en el cuestionario son veraces.**
☑ **Me comprometo a seguir las indicaciones del personal sanitario.**

🗓️ **Fecha:** _____
🎂 **Fecha de nacimiento:** _____
📄 **Nombre y apellidos del paciente:** _____
🆔 **DNI/NIE/Pasaporte:** _____
✍️ **Firma del paciente:** _____