

# SOLICITUD DE ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Favor de llenar el formato completo con letra de molde y legible.



Fecha \_\_\_\_\_ INTERNO  EXTERNO  RECIBO

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono de médico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

PERRO  GATO  OTRO: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electrónico  
para envío de resultados: \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE

En caso de requerir estudios indicarlo (llegar una hora antes de su cita y anunciarse para laboratorio).

Si (costo extra) Pruebas pre anestésicas (Hemograma y química sanguínea)

Favor de anexar orden médica con historia clínica breve (diagnóstico presuntivo) y exámenes pre-anestésicos.

Tiempo de ayuno \_\_\_\_\_ hrs

Medicaciones \_\_\_\_\_

Enfermedades previamente diagnosticadas \_\_\_\_\_

¿Cuenta con implante metálico o microchip en el sitio de interés?  Si  No

**\*Se deberá retirar para permitir la realización del estudio\***

Dicho procedimiento genera costo y tiempo extra y requiere autorización. En caso de no saber (se cobrará estudio radiográfico)

## SELECCIONAR REGIÓN O REGIONES DE INTERES

CRANEO  CERVICAL  TORACOLUMBAR  
 LUMBOSACRO  OTRO: \_\_\_\_\_

Autorizo a Centro Veterinario México y a sus médicos el procedimiento de sedación/anestesia a mi mascota con la finalidad de realizar resonancia magnética.

Así mismo acepto que se me dio a conocer el riesgo que supone cualquier sedación o anestesia y tomo libremente la decisión de correr este riesgo deslindando de responsabilidad a Centro Veterinario México de cualquier complicación inherente a la condición de mi mascota.

Las imágenes del estudio y la interpretación se envían a partir de 72 horas hábiles después por correo electrónico, en caso de requerir el estudio de forma física (cd) el costo es de \$100 adicionales.

Firma \_\_\_\_\_