

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHI

Nº de Presupuesto : 980118

Fecha Presupuesto : 27/04/2022

PRESUPUESTO AMBULATORIO

Nombre Paciente : MARCELO IGNACIO FLORES PIZARRO

Rut Paciente 20.864.114 K

Teléfono :

0

Institución : FONASA

Convento : FONASA LIBRE ELECCION - S

Valor Programa : \$ 11,630

Diferencia del Programa : 185,090

Código Prestación	Descripción	Cantidad	Valor Prestación
405,011	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS. INCLUYE : OSTEOARTI	1	\$ 185,090
401,051	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	1	\$ 11,630

Total Presupuesto \$ 196,720

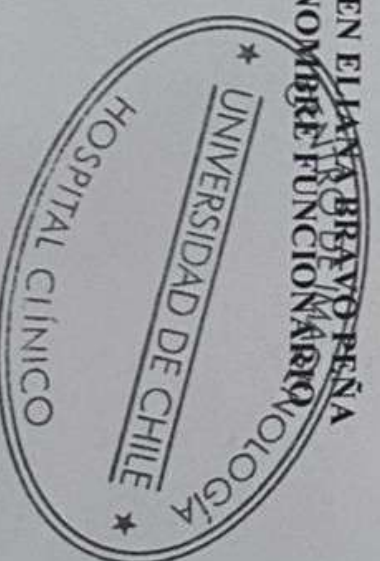
ESTIMADO PACIENTE :

Es necesario se presente al menos con 30 minutos de anticipación a su cita para efecto de trámites en cajas y evitar atrasos. Todos los pagos por prestaciones y procedimientos ambulatorios, deben ser cancelados en cajas de HCUCH. Todos los valores de Prestaciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos son referenciales, de acuerdo a los aranceles vigentes a la fecha y están sujetos a cambio sin previo aviso.

Este Presupuesto no incluye el valor de prótesis, ortesis, marcapasos y drogas de quimioterapia si correspondiere.

BELEN ELIANA BRAVO PEÑA

NOMBRE FUNCIONARIO





UNIVERSIDAD DE CHILE

Dirección de Bienestar Estudiantil
Servicio Médico y Dental de Alumnos
Av. La Paz N° 1002 - Santiago
Fono: 22 978 8970

Nombre:

N° Matrícula:

Op.:

1 Rx pelvis AP

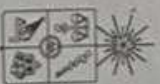
charge

+ falso pelvis de
Anillo cadav.

27/04/2022

MAXIMILIANO BARAHONA VASQUEZ
Cirujano Rodilla
Ortopedia y Traumatología
15.035.954-6

JOSÉ DAQORIENTO ULLOA PÉREZ - CEL: 9 8689 9985



UNIVERSIDAD DE CHILE

Dirección de Bienestar Estudiantil
Servicio Médico y Dental de Alumnos
Av. La Paz N° 1002 - Santiago
Fono: 22 978 8970

Nombre:

N° Matrícula:

Op.:

Rx pelvis (proyecto sofa)

Op sofa bilateral

27/04/22

MAXIMILIANO BARAHONA VASQUEZ
Cirujano Rodilla
Ortopedia y Traumatología
15.035.954-6

JOSÉ DAQORIENTO ULLOA PÉREZ - CEL: 9 8689 9985

CUESTIONARIO PREVIO A TODO EXAMEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Nombre: FLORES PIZARRO, MARCELO IGNACIO

RUT: 20864114-K

Edad: 20 años 6 meses

Examen:

Resonancia Magnetica Pelvis - Pelvis osea sin contraste

Fecha del Examen: 11/05/2022

Hora del Examen: 02.00 p.m.

Peso (kg):

Teléfono:

Estimado paciente:

Es importante que conteste completamente todo el cuestionario que se presenta a continuación, con la información más veraz posible, para poder realizar su examen de la forma más adecuada.

I. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usa marcapasos? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Usa desfibriladores? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Usa estimuladores eléctricos nerviosos? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Es portador(a) de un implante coclear ? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Porta actualmente un catéter de Swanz Ganz ? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Está embarazada de MENOS de 12 semanas (3 meses) ? | ☐ | ☐ |
| En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de embarazo tiene? | _____ | |
| 7. ¿Tiene esquirlas metálicas en los ojos y/o cuero cabelludo ? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Pesa más de 130 kg? (El equipo no soporta más de 130 kg) | ☐ | ☐ |

Solo para pacientes hospitalizados y del servicio de urgencia (responde personal clínico a cargo):

9. ¿Está el paciente con agitación psicomotora que impida el examen? ☐ SI ☐ NO

Si contestó "SÍ" a cualquiera de las preguntas anteriores, no es posible realizar su examen en condiciones seguras

II. ANTECEDENTES RELEVANTES A CONSIDERAR PREVIO A SU EXAMEN

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está embarazada de MÁS de 12 semanas (3 meses) ? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Se ha realizado antes algún examen de Resonancia Magnética ? | ☐ | ☐ |
| a. En caso afirmativo, ¿le administraron contraste endovenoso (Gadolinio)? | ☐ | ☐ |
| b. Si le administraron contraste, ¿presentó alguna reacción alérgica? | ☐ | ☐ |
| ¿Cuál? _____ | | |
| 3. ¿Tiene clips de aneurismas cerebrales de hace más de 25 años ? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Es portador(a) de una válvula cardíaca? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Es portador(a) de una válvula de hidrocefalia con electroimán? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Ha sido operado(a) ? | ☐ | ☐ |

Indique sus cirugías relevantes _____

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Es portador de tatuajes y/o anillos de piercing ? | ☐ | ☐ |
| ¿Dónde? ¿Desde cuándo? _____ | | |
| 8. ¿Tiene alguna prótesis ortopédica (Ej: Rodilla, Cadera u otra)? | ☐ | ☐ |
| ¿Dónde? ¿Desde cuándo? _____ | | |
| 9. ¿Usa frenillos fijos u otro tipo de ortodoncia?
(El uso de frenillos fijos contraindica la RM de la región craneal) | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Es claustrofóbico(a) ? *** | ☐ | ☐ |

*** Si su respuesta es afirmativa, por favor, dirijase a la sala de Resonancia para comunicarse con el/la Tecnólogo a cargo para que revisen su caso y reciba su orientación.

III. ANTECEDENTES RENALES

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Es usted mayor de 70 años ? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Tiene antecedentes personales de insuficiencia, falla renal, infecciones urinarias y/o renales frecuentes? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Tiene 2 o más familiares con enfermedades renales o en diálisis? | ☐ | ☐ |
| De ser así, indique parentesco: _____ | | |
| 4. ¿Es usted diabético(a) ? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Está usted en diálisis? | ☐ | ☐ |

Firma del paciente o representante

CITACIÓN

Sr. (a): FLORES PIZARRO, MARCELO IGNACIO

RUT: 20864114-K

Examen Resonancia Magnetica Pelvis - Pelvis osea sin contraste

Fecha miércoles 11/05/2022

Hora: 02:00p.m.

Debe presentarse 30 minutos antes de la cita de su examen.

Para asegurar su atención el día de su examen, por favor retire un número al lado del módulo de informaciones del Centro de Imagenología

INDICACIONES: SI ES MAYOR DE 70 AÑOS Y SU EXAMEN ES CON CONTRASTE, DEBE TRAER RESULTADO DE CREATININA DE MENOS DE 30 DIAS DE ANTIGÜEDAD.

NOTA: SI DESEA ANULAR O CAMBIAR ESTA HORA DEBE DAR AVISO AL NUMERO FONO: 229789190

- Debe traer el examen anterior si lo tiene. Ficha Clínica si es hospitalizado.
- Si el paciente no puede concurrir al examen, se solicita comunicarlo telefónicamente al Servicio.
- Se ruega puntualidad, de lo contrario la hora puede ser anulada.
- El día del examen debe quedar cancelado el estudio. Traer Cedula de Identidad y de Fonasa o Isapre.
- No venir acompañado de niños ni mujeres embarazadas.
- No portar joyas ni objetos de valor.

Estimado Usuario:

Con el fin de dar cumplimiento a la ley número 20.584, la entrega de exámenes solo se realizará presentando la cédula de identidad del paciente o un poder simple autorizado ante notario.

IMPORTANTE:

Si es mujer en edad fértil y tiene sospecha de embarazo, por favor dar aviso en recepción.

Consultas e informaciones al correo: consultaimagen@hcuch.cl