

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Resumen Clínico

Fecha \_\_\_\_\_

Médico Solicitante \_\_\_\_\_

Dr. Héctor Manuel Barragán Campos  
 Neurorradiólogo Intervencionista  
 Director Médico  
 Unidad de Resonancia Magnética

**Informes y Citas:**  
**(442) 238 1078 y 79**  
**resonancia@inb.unam.mx**

Firma

**Instituto de Neurobiología**  
 UNAM, Campus Juriquilla  
 Blvd Juriquilla 3001, Juriquilla  
 Querétaro, Qro. México 76230

## Estudios de Rutina

## Estudios de Alta Especialidad

	SIMPLE	SIMPLE Y CONTRASTADA		
<b>a) CRÁNEO</b>			<b>e) ¡ URGENTES !</b>	
Hipófisis <small>(siempre contrastado)</small>		<input type="checkbox"/>	Protocolo de Embolia Cerebral <small>(incluye contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Cráneo o Encéfalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protocolo Compresión Medular <small>(incluye contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Órbitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>f) ALTA ESPECIALIDAD</b>	
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encéfalo con Espectroscopia <small>(incluye contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
<b>b) COLUMNA</b>			Encéfalo Perfusión <small>(incluye contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encéfalo Perfusión y Espectroscopia <small>(incluye contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Torácica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encéfalo BOLD <small>(T2 y 3D SPGR y 1 paradigma; motor, sensitivo, lenguaje y cto. límbico)</small>	<input type="checkbox"/>
Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tractografía Encefálica <small>(incluye secuencias estructurales, reconstrucciones y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Sacra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AngioRM Carotídeo <small>(incluye encéfalo simple y contrastado y vasos supra-aórticos)</small>	<input type="checkbox"/>
<b>c) ABDOMEN</b>			AngioRM de Tórax <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Hemiabdomen Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AngioRM Abdominal <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Hemiabdomen Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colangiorensonancia <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
<b>d) MÚSCULO-ESQUELÉTICO</b>			Pancreatorensonancia <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UroRM <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AngioRM de Miembros Torácicos <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AngioRM de Miembros Pelvicos <small>(incluye secuencias estructurales y contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuroeje <small>(incluye encéfalo, cervical y toracolumbar con contraste)</small>	<input type="checkbox"/>
Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cartilografía <small>(rodilla y tobillo)</small>	<input type="checkbox"/>
<b>e) OTROS</b>			Difusión de Cuerpo Entero	<input type="checkbox"/>
Mama y Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón <small>(morfológico, 2, 3 y 4 camaras)</small>	<input type="checkbox"/>
			Mama Perfusión y Espectroscopia <small>(incluye contraste)</small>	<input type="checkbox"/>

