

MRI Waiver

MRI Unit
New York State Psychiatric Institute
Dept. of Psychiatry

RE: dental implant

I, _____, do hereby agree to undergo an MRI Scan knowing there may be a risk of nerve damage, heating, or burns around the area of my dental implant.

I acknowledge and accept this risk and agree to proceed with the MRI scan.

Participant's Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____

Coordinator's Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____

Exencion de MRI

MRI Suite
New York State Psychiatric Institute
Dept. of Psychiatry

RE: Maquillaje tatuado

De acuerdo con la política del NYSPI, debe firmar esta carta oficial de exención antes de someterse a una exploración de resonancia magnética (MRI).

Yo, _____, estoy de acuerdo en someterme a una exploración de resonancia magnética (MRI) sabiendo que puede haber un riesgo de calentamiento, quemaduras y / o cicatrices permanentes en el área del tatuaje / maquillaje.

Reconozco y acepto este riesgo y acepto proceder con la exploración de MRI.

Firma del Participante: _____ Nombre impreso: _____

Fecha: _____

Firma del Coordinador: _____ Nombre impreso: _____

Fecha: _____