

CHECKLIST PARA IDENTIFICAR CANDIDATURA PARA *EMT*

PX: _____

#	ITEM	SI	NO	NOTAS
1	¿Tiene diagnóstico de epilepsia activa o reciente?			
2	¿Alguna vez a convulsionado? En caso afirmativo, especifique cuantas veces, por que; y cuando fue la última vez			
3	¿Alguna vez has tenido un desmayo o un síncope? En caso afirmativo, favor de describir en que ocasión(es)			
4	¿Alguna vez a sufrido un traumatismo craneoencefálico? En caso afirmativo, favor de describir si perdió el conocimiento			
5	¿Tiene algún problema de audición o zumbido en los oídos?			
6	¿Tiene implantes cocleares?			
7	¿Estás embarazada o hay alguna posibilidad de que lo estés?			
8	¿Tiene lesiones o heridas abiertas en el cuero cabelludo? En caso afirmativo, favor de describir el tipo de lesión.			
9	¿Tiene un neuro estimulador implantado (Ej: DBS, VNS)?			
10	¿Tiene un marcapasos o líneas intracardiacas?			

CHECKLIST PARA IDENTIFICAR CANDIDATURA PARA *EMT*

PX: _____

#	ITEM	SI	NO	NOTAS
11	¿Tiene evaluación psiquiátrica reciente que confirme estabilidad para el procedimiento? En caso afirmativo, especifique el diagnóstico.			
12	¿Tiene dispositivo de infusión de medicamentos?			
13	¿Tiene metal en el cerebro, el craneo o en otra parte del cuerpo (Ej: astillas, fragmentos, clips, etc)? En caso afirmativo, especifique el tipo de metal.			
14	¿Estás tomando algún medicamento? En caso afirmativo, especifique y enumere cuales.			
15	¿Alguna vez te has sometido a EMT? En caso afirmativo, indique si presentó algún problema.			
16	¿Alguna vez te has sometido a una resonancia magnética? En caso afirmativo, indique si presentó algún problema.			