

# US MRI

10696 S. River Front Pkwy | South Jordan, UT 84095 | Tel 801.563.0333 | Fax 801.563.0335

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Sexo	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	
Dirección de correo electrónico		Empleo	Ciudad	Estado	Teléfono De Trabajo

## INFORMATION DE PADRES, SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDED

Relación al Paciente	Apellido	Primer nombre	Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Casa
Empleo	Ciudad	Estado	Teléfono De Trabajo	
Nombre del Cónyuge	Empleo	Teléfono		

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguro	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Mismo	Cónyuge	Niño	Otros
Seguro social	# de identificación de seguro	# de grupo	Insurance Phone #			
Seguro Secundario	Tenedor de póliza	Fecha de nacimiento	Mismo	Cónyuge	Niño	Otros
Seguro social	# de identificación de seguro	# de grupo	Teléfono de seguro			

## ACCIDENTE DE AUTO / COMP DE TRABAJO

¿Accidente? Circle One Si No	Fecha de Accidente / Lesión	Lugar del accidente:	Trabajo	Automov il	Hogar	Escuela	Otros:
Compañía de seguros	Número de reclamo	Nombre del Ajustador	Teléfono del Ajustador				
Bufete de abogados	Nombre del abogado	Nombre de ayudante legal	Teléfono de abogado				

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Pariente mas cercano o amigola que no vivan con usted	Dirección	Teléfono
Referido	Médico de familia	

## CONSENTIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

Este procedimiento, junto con cualquier procedimientos relacionados adicionales o diferentes que en opinión del médico supervisor o el radiólogo podrá indicarse, se realizará en usted por el tecnólogo. Salt Lake MRI mantiene personal e instalaciones para ayudar a su médico y tecnólogo en su desempeño de diversos procedimientos de diagnóstico. Todos estos procedimientos pueden implicar riesgos, resultados infructuosos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte por causas conocidas y desconocidas. Ninguna garantía se hace para los resultados.

Usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, así como la naturaleza del procedimiento, beneficios esperados o efectos de ese procedimiento y los métodos de diagnóstico y sus riesgos y beneficios. Excepto en casos de emergencia, procedimientos no se realizan hasta que hayan tenido la oportunidad de recibir esta información y han dado su consentimiento. Tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento anterior a su rendimiento. Mediante la firma de este documento, usted certifica que su médico o tecnólogo ha totalmente aconsejado de estas cuestiones.

Autoriza SLMRI para transferir a otro centro de atención de salud si el médico en el sitio piensa que es necesario. Además, usted también acepta la liberación de sus registros médicos para tales instalaciones u otros médicos, si es necesario.

Su firma a continuación certifica que ha leído y comprendido la información. Proporcionado en este formulario, que el procedimiento establecido anteriormente ha sido debidamente explicado a usted por tu tecnólogo, que han tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han recibido toda la información que desee sobre el procedimiento, y que autoriza y da su consentimiento para la realización de los procedimientos.

FIRMA

FECHA

RELACION AL PACIENTE

## FORMULARIO DE PROYECCIÓN

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este fue el resultado de una lesión? **Si - No**

**En caso afirmativo -----**

Fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fue este **relacionado al trabajo?** **Si - No**

Esto fue un **accidente automovilístico?**

**Si - No**

Describa cómo fue herido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido **cirugía** en la zona afectada?

**Si - No**

¿Han recibido **inyecciones** en la zona afectada?

**Si - No**

**En caso afirmativo-----**

Liste cirugías/inyecciones y fechas a continuación:

<u>Cirugía/inyección</u>	<u>Fecha</u>
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

¿Está embarazada? **Si - No**

¿Está amamantando? **Si - No**

¿Le han hecho antes rayos x, tomografías

computacizadas, o exámenes de resonancia magnetica para esta lesión? **Si - No**

En caso afirmativo - Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Donde? \_\_\_\_\_

¿Existen movimientos o posiciones que empeoran la lesión? **Si - No**

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ¿DÓNDE ESTÁ SU DOLOR?

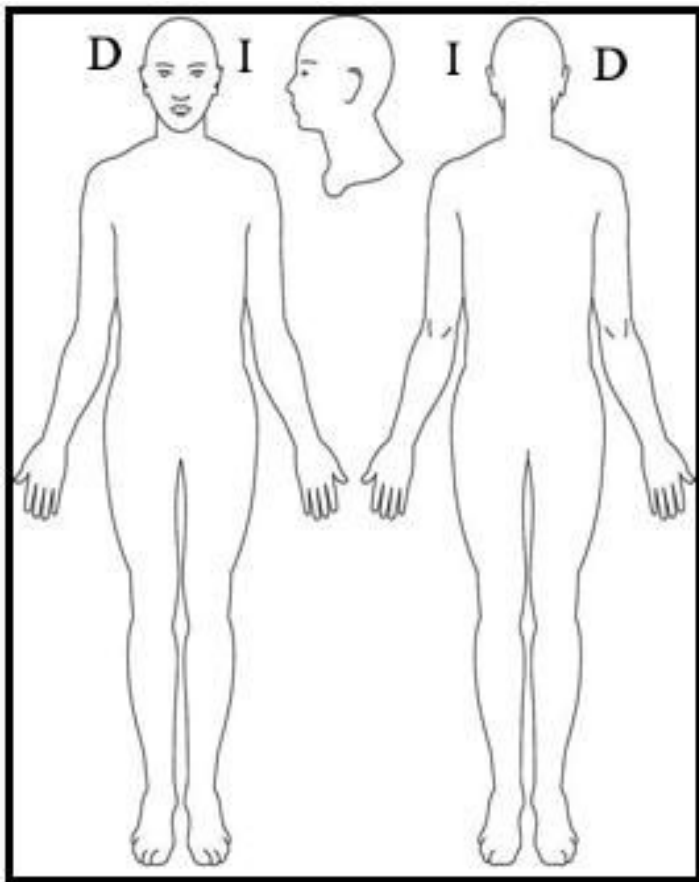
Localice donde está teniendo dolor en el diagrama siguiente. **DIBUJAR:**

(1) Donde Sienta **dolor**

(2) Donde tiene **adormecimiento**

(3) Donde tiene **dolor y entumecimiento**

**Coloree** donde tienes **debilidad**



## FORMULARIO DE PROYECCIÓN

### CONTINUADO

¿Se ha sentido un bulto en la zona que vamos a examinar? **Si - No**

¿Su familia tiene un historial de cáncer?

**Si - No**

**CUADRO A CONTINUACIÓN SÓLO PARA  
AQUELLOS RECIBIENDO CONTRASTE**

**MARCAR TODOS LOS QUE SE APLICAN A USTED:**

- Embarazada
- Neuroestimulador
- Válvula cardíaca
- Cánulas
- Implantes
- DIU (Dispositivo Intrauterino)
- Píldora de control de natalidad
- Incautaciones
- Claustrofobia
- Insuficiencia renal
- Epilepsia / historia de las incautaciones de
- Marcapasos
- Bioestimulador
- Dispositivo protésico
- Metralla, balas, de BB
- Trabajador de metal (acero o hierro)
- Dentaduras postizas
- Audífono
- Extremidades artificiales o juntas
- Clips de aneurisma
- Dispositivo de implante electrónico

- Estimulador de la médula espinal
- Bomba de insulina o infusión
- Dispositivo de infusión de drogas Implanted
- Tatuajes
- Trastorno de los glóbulos rojos
- Cardioversor Implantado
- Desfibrilador
- Ninguno (**NONE**)
- Cualquier otros objetos implantados: \_\_\_\_\_

**Firma paciente**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Represetante**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## FORMA DE AUTORIZACION DE HIPAA

Acceso y autorizacion para divulgar informacion protegida de salud contorme a la publicacion de la HIPAA, 45 C.F.R. Parts 160 and 164)

### 1. Autorizacion

Yo autorizo los siguientes individuos para poder recibir mi informacion de salud protegida:

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

### 2. Periodo de Virgencia

Esta autorizacion para divulgar informacion cubre el period de tratamiento de:

- \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Todo period, pasado, presente, y futuro

**3. Esta informacion medica puede ser usada por la persona(s) que yo autorize recibir esta imforacion para tratamiento medico o consulta, facturas, pago de reclamos, o cualquier otra razon.**

**4. Esta autorizacion esta valida hasta \_\_\_\_\_ (fecha o evento) en el que esta autorizacion se venca.**

**5. Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autofizacion, en escrito, a cualquier momento. Yo**

entiendo esta revocacion no esta en efecto al grado que cualquier persona o entidad ya haya actuado en dependencia en mi autorizacion o si mi autorizacion fue obtenida como condicion de obtener cobertura medica y el asegurado tiene derecho legal para impugner una reclamacion.

6. Yo entiendo que me tratamiento, pago, inscripcion, o elegibilidad para beneficios no seran acondicionado si firmo la autorizacion.
7. Entiendo que la informacioñ usada o divulgada de acuerdo con esta autorizacion puede ser vevelada por el recipient y ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relacion al paciente

\_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

## POLÍTICA FINANCIERA US MRI

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Es nuestra política de oficina informarle de nuestro procedimiento de pago para el paciente. SLMRI extienda la factura a seguros médicos como cortesea. El contrato que tiene con su seguro es entre usted y su compañía de seguros. El contrato de seguro no es entre el portador y el SLMRI. Si sus servicios son proporcionados a través de un gravamen, usted es responsable en última instancia si se retira el abogado.

Por favor, revise las secciones a continuación.

1. Usted es responsable de deducibles, copagos, los servicios no cubiertos, coaseguro y artículos considerados "no es un beneficio cubierto" por su compañía de seguros. Por favor pague copagos y coaseguros cantidades cuando se presten los servicios. Cualquier saldo no pagado después de (60) días a partir de la fecha de los servicios será considerado "delincuente". Si usted o su aseguradora hagan pagos excediendo su reembolso de equilibrio serán remitidas. Si el pago no puede hacerse en cada visita, notificar al Coordinador de cuenta que se pueden hacer otros arreglos. Es la responsabilidad del paciente a conocer su plan de seguro. Si usted nos a dado información errónea, usted será responsable por el balance.
2. Paciente de compensación de trabajadores  
Como un paciente de compensación de trabajadores, pueden ser cubiertos por seguro si su lesión es reportada en el trabajo y verificado con su empleador. Asegúrese de informar a la oficina de personal que su lesión se produjo durante el empleo. El paciente es responsable en última instancia para el equilibrio. Paciente corresponde a darnos la información correcta.
3. Lesiones personales (accidente)  
Si usted es un paciente de daños personales, nuestra oficina le facturará a las compañías de seguros adecuadas. Si no somos capaces de obtener el pago, los cargos por los servicios prestados será su responsabilidad. Por favor dénos toda la información necesaria para la facturación en el momento del servicio. El paciente es responsable en última instancia, para mantener el equilibrio.
4. Comprobación gastos de regreso

Un cheque devuelto tendrá una multa de 25.00 de dirección se aplicará a todos los cheques de devolución.

Honorarios de abogados y costos: Si cualquier acción legal es necesario para hacer cumplir los términos de este acuerdo, o si es necesario recurrir a los servicios de un abogado, el paciente se compromete a pagar el abogado razonables y costo de corte además de cualquier otro desagravio a la cual podemos ser titulados. Si el paciente es incapaz de pagar el deber de cualquier cantidad a continuación al vencimiento, o de otra manera los términos de este acuerdo, el paciente se compromete a pagar los gastos de colección hechos por SLMRI al tratar de cobrar dichas cantidades de paciente, además del honorarios del abogado de los antes mencionados y el costo.

En el caso de cualquier saldo que no se pague según lo acordado, el abajo firmante se compromete a pagar una cuota de colección que no debe exceder el 40% de los saldos insolutos. En el caso de una demanda para cobrar el saldo impago, los abajo firmantes además se comprometen a pagar costos de tribunal y honorarios de abogado razonables además de la cuota de colección. Usted autoriza que le llamemos a cualquier número que usted proporciona o a cualquier número que creemos razonable para comunicarnos con usted, incluyendo las llamadas a móviles, celulares, o dispositivos similares para cualquier propósito legal. Usted acepta que cualquier cuota o cargos que usted pueda incurrir para recibir llamadas de nosotros, y saliente y/o llamada a nosotros, a/o desde cualquier número de tal, sin reembolso de nosotros.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o la persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**fecha**

\_\_\_\_\_  
Persona que firma en nombre del paciente (nombre en imprenta)

\_\_\_\_\_  
relación al paciente

\_\_\_\_\_  
**Testigo**