

# DEMOGRAPHICS

## 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		Telefono de seguro		

## ACCIDENTE DE AUTO / COMP DE TRABAJO

¿Accidente? Circle One Si No		Fecha de Accidente / Lesión		Lugar del accidente:	Trabajo	Automovil	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 \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO MEDICO

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

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

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

Cuáles son sus síntomas? \_\_\_\_\_

Esto fue resultado de una lesión? **Si**  
**No En**

**caso afirmativo:**

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Fue relacionado al trabajo? **Si** **No**

Esto fue un accidente automovilístico? **Si** **No**

Describe cómo fue herido: \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugía o recibido inyecciones en la zona afectada?

**Si** **No**

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

Liste cualquier movimiento o posición que empeoren los síntomas: \_\_\_\_\_

Le han hecho antes rayos x, tomografías computacizadas, o exámenes de resonancia magnetica para esta lesión? **Si** **No**

Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Ha sentido un bulto en la zona que se va a examinar?

**Si** **No**

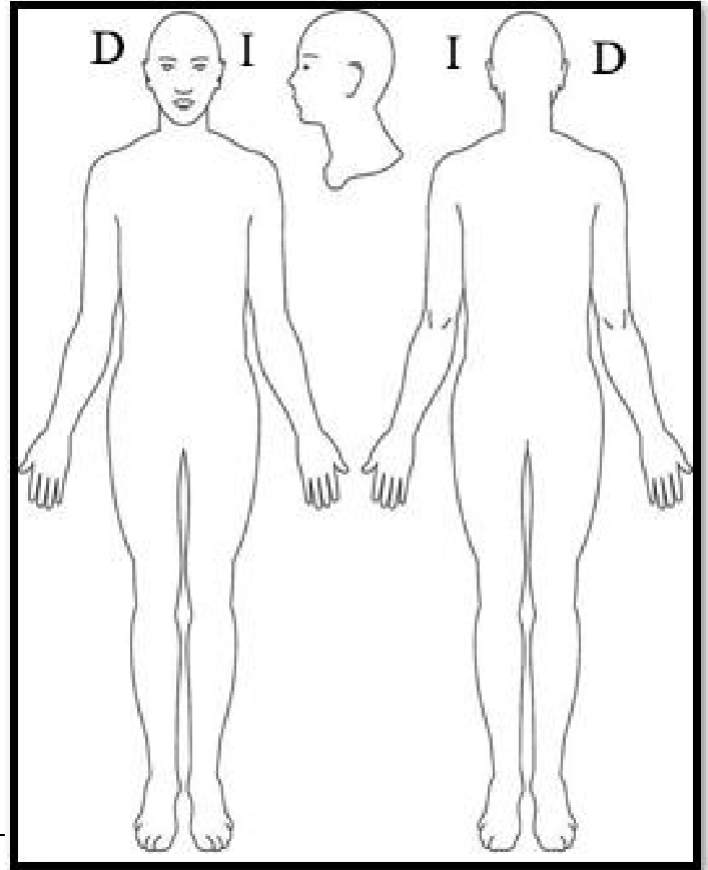
Su familia tiene un historial de cáncer? **Si** **No**

Es diabético? **Si** **No**

## TABLE DE SINTOMAS

(1) Circule donde siente dolor

(2) Coloree Donde tiene debilidad y entumecimiento



Ha sentido un bulto en la zona que se va a examinar?

**Si** **No**

Su familia tiene un historial de cáncer? **Si** **No**

Es diabético? **Si** **No**

# CUESTIONARIO MEDICO

## MARCAR TODOS LOS QUE SE APLICAN A USTED:

### CUADRO A CONTINUACIÓN SÓLO PARA AQUELLOS RECIBIENDO CONTRASTE

Como parte de su examen, su médico puede considerar necesario darle una inyección de un agente de contraste que contienen gadolinio (contraste o colorante). Esta inyección puede ayudar a diagnosticar con precisión su condición. Aunque agentes de contraste de gadolinio se han utilizado de forma segura en millones de casos, se producen reacciones menores (principalmente dolor de cabeza, náuseas o urticaria) ocurren al 2% de los pacientes.

¿HA tenido una reacción al *MATERIAL* de contraste de GADOLINIO? **SÍ NO**

Me he informado por el tecnólogo de riesgos y preocupaciones con tener contraste de gadolinio. Entiendo plenamente y me han contestado todas mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
**Paciente/Tutor**

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

- Embarazada
- Neuroestimulador
- Válvula cardiaca
- 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(remover antes de examen)
- Audífono (remover antes de examen)
- 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
- Cualquier otros objetos implantados: \_\_\_\_\_
- NINGUNO**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Tutor**

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

# FORMA DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA

Acceso y autorización para divulgar información protegida de salud conforme a la publicación de la HIPAA, 45 C.F.R. Parts 160 and 164)

## 1. Autorización

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

\*Su médico de referencia será incluido en esta lista automáticamente\*

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

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

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

No deseo otorgarle acceso a nadie para mis registros médicos.

## 2. Periodo de Vigencia

Esta autorización para divulgar información cubre un periodo de un año a no ser que se indique diferente:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Todo periodo, pasado, presente, y futuro

3. Esta información médica puede ser usada por la persona(s) que yo autorice recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturas, pago de reclamos, o cualquier otra razón que yo indique.
4. Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización, en escrito, a cualquier momento. Yo entiendo esta revocación no está en efecto al grado que cualquier persona o entidad ya haya actuado en dependencia en mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición de obtener cobertura médica y el asegurado tiene derecho legal para impugnar una reclamación.
5. Yo entiendo que me tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios no serán condicionado si firmó la autorización.
6. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

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

