

DEMOGRAFIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha		Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Domicilio				Ciudad		Estado	Código Postal
Dirección de envío				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 DE TOMOGRAFIA

Favor de contestar todas las preguntas, a lo mejor de su capacidad

Nombre de paciente: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Ha tenido un contraste intravenoso antes? | Si | No |
| 2) Ha tenido una reaccion alergica al contraste intravenoso? | Si | No |
| 3) Ha tenido una reaccion alergica a yodo? | Si | No |
| 4) Haga una lista de cualquier alergica a medicamentos o drogas: _____ | | |
| 5) Tiene usted un historial a las siguientes condiciones: | | |
| Presion Alta | Si | No |
| Diabetes | Si | No |
| Enfermedad Cardiaca | Si | No |
| Enfermedad Renal | Si | No |
| Asma/Otra Enfermedad Pulmonar | Si | No |
| Trastorno de coagulacion sanguinea | Si | No |
| Hepatitis B o C | Si | No |
| Es o ha sido antes un fumador? | Si | No |
| Otro: _____ | | |
| 6) Toma Glucophage, Metformin, Glucovance, or Avandamet? | Si | No |
| 7) Esta tomando algun anticoagulante? | Si | No |
| 8) Usted o su familia tienen un historial de cancer? Si No Explique: _____ | | |
| 9) Tiene un puerto/cateter que es accesible? Si No | | |
| 10) Ultima vez que comio o tomo algo aparte de la preparacion de la tomografia: _____ | | |

(Solo Para Mujeres)

La radiacion usada en una tomografia puede ser nocivo a un feto. Para ayudar prevenir radiacion accidental a un embarazo desconocido, y con acuerdo a las normas nacionales, requerimos de la siguiente informacion de pacientes femeninas en edad fertile. Si alguna de la informacion indica una remota posibilidad de un embarazo, se le pedira a su medico ordenar un examen de orina o una prueba de embarazo en suero antes de cualquier tomografia.

Favor de contestar las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Esta o hay una posibilidad de que este embarazada? | Si | No |
| 2. Si actualmente no esta en control de la natalidad, ha tenido relaciones sexuales desde su ultimo periodo menstrual que pueda resultar en un embarazo? | Si | No |
| 3. Nombre del control de natalidad? _____ | | |
| 4. Fecha de ultimo periodo menstrual? _____ | | |

Revelacion: El contraste es la relativamente seguro. Sin embargo, una inyeccion carga un pequeno riesgo, incluyendo lesion a la vena, infeccion, o reaccion a la sustancia que sera inyectada. Doctores y tecnólogos en U.S. MRI estan entrenados para tratar cualquier reaccion al contraste. Muchas de las reacciones son leve, consisten en estornudos o urticaria. Reacciones serias no son communes. Pacientes que tiene algunos de los siguientes estan en mayor riesgo: han tenido una moderada o severa reaccion alergica al contraste, asma, fiebre de heno, diabetes, enfermedad renal o cardiaca, o mieloma multiple.

*****Advertencia:** Uso de Glucophage, Metformin, Glucovance, or Avandamet medicamentos orales para diabetes, deben ser interrumpidos al momento del procedimiento. Estos medicamentos no deben tomarse por 48 horas despues del procedimiento y hasta que su medico se asegure que su funcion renal es normal.

Si tiene preguntas, favor de referirse al tecnologo antes del examen. Doy mi consentimiento que el procedimiento descrito anteriormente sera realizado por U.S. MRI. He leido la informacion anterior, llenado lo mas preciso posible, y mis preguntas contestadas.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relacion al paciente: _____ Testigo: _____

CUESTIONARIO MEDICO

Fecha: _____

Nombre: _____

Peso actual: _____ Estatura: _____

Cuales 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**

Cirugía/inyección Fecha

Liste cualquier movimiento o posición que empeoren los síntomas:

Le han hecho antes rayos x, tomografías computarizadas, o exámenes de resonancia magnética 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**

(Solo para pacientes recibiendo contraste)

Como parte de su examen, su médico puede considerar necesario darle una inyección de un agente de contraste que contiene Isovoew 370 contrast. Esta inyección puede ayudar a diagnosticar con precisión su condición. Aunque agentes de contraste Isovew 370 se han utilizado de forma segura en millones de casos, se producen reacciones menores (principalmente dolor de cabeza, náuseas o urticaria) pueden ocurrir.

¿HA tenido una reacción a contraste que contiene yodo?

SÍ **NO**

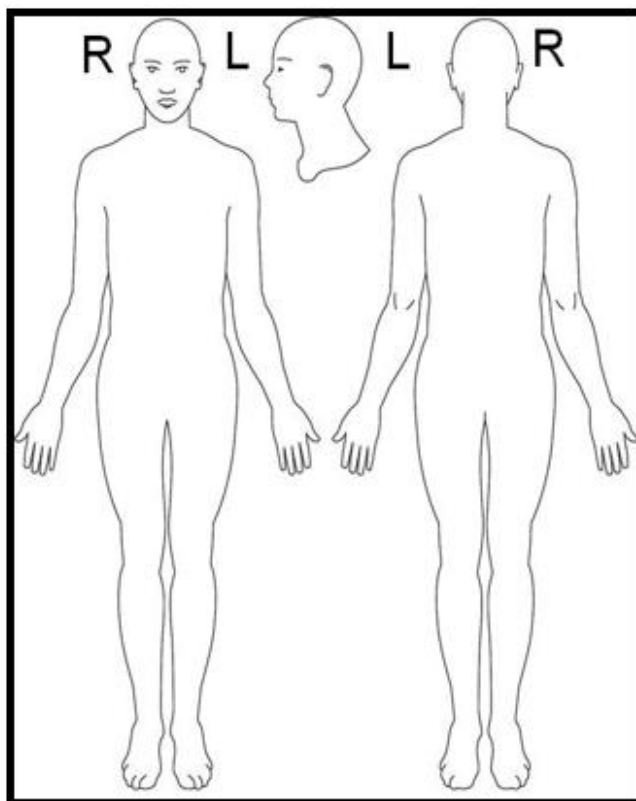
Me he informado por el tecnólogo de riesgos y preocupaciones con tener contraste Isovew 370. Entiendo plenamente y me han contestado todas mis preguntas.

Iniciales: _____

Table De Sintomas

(1) Circule donde siente dolor

(2) Coloree donde tiene debilidad y entumecimiento



Marcar todos los que se aplican a usted:

- Bomba de insulina o infusion
- Insuficiencia renal
- Epilepsia/historial de incautaciones
- Dispositivo protesico
- Metralla, balas, balas de BB
- Trabajador de metal
- Dentaduras (remover antes del examen)
- Audifono (remover antes del examen)
- Extremidades artificiales
- Trastornos de globulos rojos
- Barras, tornillos, placas, etc.
- Algun otro dispositivo quirurgicamente implantado _____
- 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, si lo solicito:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Su médico de referencia será incluido en esta lista automáticamente y no tiene que estar en la lista

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 desde la fecha de la visita inicial a no ser que se indique diferente:

_____ a _____

3. Visitas Relacionadas

Favor de seleccionar la caja a continuación en la que le gustaría que la autorización sea aplicada:

- La visita de hoy
- Todas las visitas, pasado, presente, y futuras

4. 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.
5. 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.
6. Yo entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios no serán condicionado si firmo la autorización.
7. 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.
8. Entiendo que al solicitar que me manden mi información vía correo electrónico, acepto los riesgos de seguridad que puedan existir hacia mi información mientras esta en tránsito.

Firma _____ Fecha _____

Relación al paciente _____ Nombre Impreso _____

POLÍZA FINANCIERA

Nombre del Paciente _____

Es nuestra póliza informarle de nuestro procedimiento de pagos para pacientes. USMRI le envía la factura a seguros medicos del paciente como cortesía. El contrato que usted ha obtenido con su seguro medico es solamente entre la compania de seguro medico y usted. Si sus servicios son proporcionados a través de un gravamen, usted es responsable del balance si el abogado retira su representacion. **Favor de revisar las secciones continuas atentamente:**

1. Seguro Medico

Tenga en cuenta: Deducibles, copagos, y coaseguros no pueden ser determinados hasta que su seguro reciba y procese el reclamo. No podemos garantizar que el estimado que le proporcionamos vaya a ser la cantidad exacta que usted deba. Debido a nuestra disposicion de política en el contrato con su seguro, estamos obligados a obtener el balance total del paciente. Usted es responsable por deducibles, copagos, servicios no cubiertos, coaseguros, y servicios considerados “un beneficio no cubierto” por su seguro medico. Cualquier balance no pagado después de 90 días de la fecha en que los servicios fueron rendidos sera considerada “delincuente”. Todas las cuentas que esten en calidad de “delincuente” se les agregara una tasa de interés de 1.5% por mes (18% anual). Si usted o su seguro medico hacen un pago excediendo el balance en la cuenta, el reembolso sera remitido. Si un pago no se puede hacer, favor de comunicarse con el coordinador de cuentas para hacer arreglos. Es responsabilidad del paciente conocer su plan de seguro medico. Si usted ha proporcionado información errónea, usted sera responsable del balance.

2. Compensation de trabajadores

Como un paciente de compensación de trabajadores, usted puede ser cubierto por un seguro medico si su lesion es reportada y verificada con su empleo. Favor de notificar el personal de USMRI que su lesion fue causad en su empleo. Un gravamen no puede ser firmado para una lesion de empleo. El paciente es responsable de proporcionar información correcta y responsable por el balance restante.

3. Lesiones personales

Si usted es paciente de lesiones personales, nuestra oficina sera responsable de facturar los servicios a los seguros correspondientes. Si un pago no es obtenido por medio del seguro, usted sera responsable por los cargos de los servicios prestados. Favor de proporcionar la información necesaria para facturar los servicios al momento que los servicios son prestados. El paciente sera responsable por cualquier balance restante.

4. Cargos por devolución de cheques

Habra un costo de \$25 por cualquier cheque votado que se presente.

5. Pagos en efectivo

Precios reducidos para pagar en efectivo son ofrecidos para pacientes que no tienen seguro medico o tienen un deducible alto. Ofrecemos estos descuentos como cortesía para que los servicios sean accesible para nuestros pacientes. Si se le ha ofrecido un precio reducido, usted a renunciado al derecho de que se le envíe una factura a su seguro medico respecto a los servicios del día de hoy. Si pagos no son recibidos a la cuenta después de 90 días, la cuenta sera enviada a una agencia de colecciones por el costo completo del examen sin el descuento que se fue ofrecido en un principio.

En el evento de que algún saldo no sea pagado según lo acordado, el abajo firmante se compromete a pagar todos los costos de colección. En el evento de una a demanda para collectar el saldo no pagado, el abajo firmante se compromete a pagar costos de la corte y razonables honorarios de adogado. Usted esta de acuerdo, que con el fin de prestarle servicio a su cuenta o tratar de colectar alguna cantidad que usted este debiendo, nosotros podriamos contactarle via telefónica a cualquier numero telefónico que este asociado con su cuenta, incluido números celulares, esto puede resultar en cargos adicionales por parte de su proveedor de servicio celular. Tambien podremos contactarle por medio de un mensaje de texto o correo electrónico, usando cualquiera correo electrónico que usted nos proporcione. Metodos de contacto pueden incluir pregrabado/artificial mensajes de voz y/o uso de dispositivo de marcación automática, en ciertas ocasiones.

Si tiene preguntas adicionales o dudas al leer estos términos, facor de preguntar al personal.

He leído este documento y esoy de acuerdo con los términos mencionados previamente.

Firma _____ Fecha: _____ Relación al paciente _____

Testigo _____