

DEMOGRAFIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha		Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre		
Domicilio					Ciudad		Estado		Código Postal	
Direccion de envio					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		Fecha de Accidente / Lesión			Lugar del accidente:	Trabajo	Automovil	Hogar	Escuela	Otros:
Si	No									
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

Paciente 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

Cirugía/inyección

Fecha

_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

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

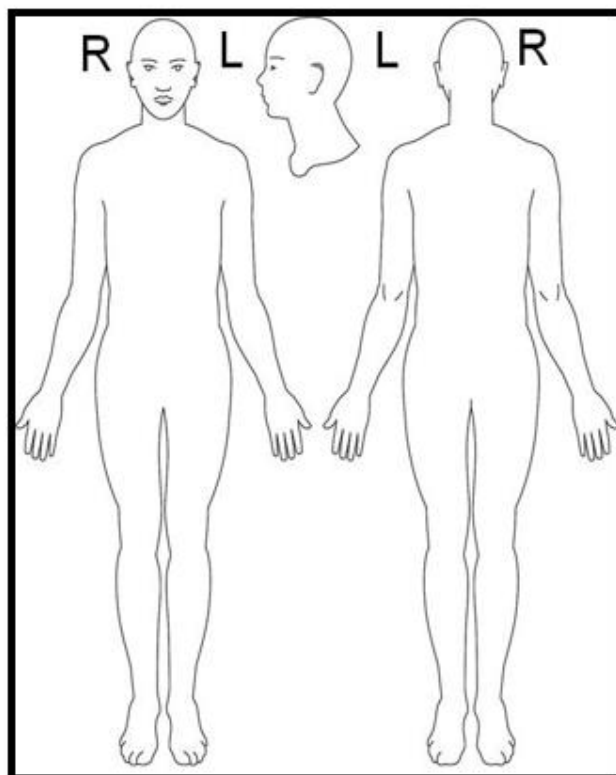
Es diabético?

Si No

TABLE DE SINTOMAS

(1) Circule donde siente dolor

(2) Coloree Donde tiene debilidad y entumecimiento



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.

Iniciales

Fecha

Alergias a algun medicamento? **SÍ NO**

Por favor liste medicamentos: _____

Por favor liste todo los medicamentos actualmente tomando: _____

- Embarazada
- Neuroestimulador
- Válvula cardiaca
- Cánulas
- Implantes
- DIU (Dispositivo Intrauterino)
- Píldora de control de natalidad
- Incautaciones
- Claustrofobia
- Insuficiencia renal
- Epilepsia / historia de incautaciones
- 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
- 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, 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 me tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios no serán condicionado si firmó 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 _____