

PACIENTE CONTACTO FICHA DE INFORMACIÓN

Nombre Del Paciente: _____

Número De Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cualquier médico, personal, empleado o representante del Abierto de Upright MRI tiene mi permiso para hablar de mi cuenta y condiciones médicas que pueden incluir síntomas, tratamientos, el diagnóstico, los resultados de pruebas, medicamentos, facturación o cualquier otro tipo de información de salud protegida con la siguiente persona en Para facilitar y coordinar mi atención, tratamiento y pago:

Nombre: _____

Relación _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____

Relación _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____

Relación _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____

Relación _____ Teléfono #: _____

Entiendo que autorizar la liberación de mi información a la persona por encima de (s) es voluntaria y no afecta mi acceso al tratamiento. Puedo negarme a firmar este formulario. Yo puedo revocar por escrito a Abra Upright MRI o completar un nuevo formato en cualquier momento. Esta autorización se mantendrá vigente hasta que cambie o revoque. Entiendo que si la información es compartida con la persona anterior (s) que puede estar sujeta a una nueva divulgación por el individuo (s).

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ DOS: _____

POR FAVOR LEA Y SUS INICIALES LO SIGUIENTE:

_____ **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:** Autorizo el centro mencionado anteriormente para proporcionar el procedimiento médico necesario que haya sido ordenado por mi médico. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías se han hecho para mí en cuanto al resultado de los procedimientos de diagnóstico en el centro de referencia anteriormente. Reconozco que los médicos que practican en el Centro no son empleados del centro de referencia más arriba, pero son médicos independientes. El centro de referencia anteriormente podrá delegar en estos médicos independientes aquellos médicos de servicios que normalmente proporcionan. Cualquier pregunta relacionada con mi cuidado se deben dirigir a mi médico.

_____ **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente autorizo el pago directamente al centro de la referencia anterior de cualquier y todos los beneficios médicos y de otro tipo aplicables a pagar a mí. Entiendo que soy financieramente responsable ante el Centro de cargos no cubiertos por esta asignación. También entiendo que el Centro es la presentación de mi reclamo como cortesía a mí y que a menos que se estipula en un contrato con mi compañía, yo soy responsable del pago de este reclamo.

_____ **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo al centro de referencia anterior para liberar cualquier información solicitada por la compañía de seguros necesario recoger beneficios en este reclamo. A menos que se indica a continuación, esta autorización incluye, pero no se limita a, la liberación de la información relacionada con drogas, alcohol, de anticuerpos del VIH y / o pruebas psiquiátrica. Asimismo, autorizo a cualquier médico o institución que asistió a este paciente previamente a proporcionar registros médicos o información que pueden ser solicitados por el centro de referencia anterior.

_____ **MEDICARE B FIRMA DE AUTORIZACIÓN:** Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí para liberar a la Financiación Administración del Seguro Social Administración y Cuidado de la Salud o sus intermediarios o portadores, o al agente de facturación del Centro, toda la información necesaria para este Reclamación. Me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original, y solicité el pago de los beneficios médicos que se abonará al titular de esta tarea en mi nombre. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible de salud y co-seguro.

_____ **COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:** Autorizo al centro de referencia anteriormente a proporcionar informes escritos de mi procedimiento a cualquier representante, abogado, o el investigador del portador de Compensación del Trabajador mi relación con las lesiones sufridas como consecuencia del accidente ocurrido en _____ / _____ / _____.

_____ **SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:** Por la presente autorizo a _____ a ser tratados en el centro de referencia anteriormente.

_____ **HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD:** He leído el aviso de la práctica privada del centro de referencia anteriormente.

_____ **PERTENENCIAS PERSONALES:** Yo soy personalmente responsable de mis pertenencias y / u objetos de valor que tengo conmigo en el armario / vestidor o examen habitación. Personalmente voy a asegurarme de que tengo todo conmigo antes de salir del local.

_____ **TRICARE / CHAMPUS PACIENTES:** Entiendo que Tricare es secundaria a otros planes de seguro a excepción de Medicaid y planes de suplemento de TRICARE. Estoy de acuerdo en proporcionar al centro de referencia arriba con todos los planes de seguros que actualmente estoy matriculado por lo que los beneficios pueden ser coordinados y las autorizaciones apropiadas se pueden obtener. Entiendo que el no proporcionar información correcta y precisa puede provocar en el paciente en ser responsable del equilibrio entero.

NOTA: Entiendo que los diferentes pagadores / Planes de Salud tienen diferentes requisitos para el pago, incluyendo, pero no limitado a la certificación previa, autorizaciones o notificaciones, la presentación oportuna de las solicitudes, o que los servicios sean médicamente necesarios según la definición del plan de salud. Yo entiendo que la verificación de los beneficios de la compañía de seguros del paciente no es una garantía de que los servicios están cubiertos o serán pagados por la Compañía de Seguros. También entiendo que es mi obligación de conocer las necesidades de mi plan de salud y asegurarse de que se han cumplido.

Si usted no proporcionó información de su seguro actual, o si no es exacta, entonces usted puede ser obligado a hacer el pago completo de todos los cargos. Será su responsabilidad de presentar la reclamación a su compañía de seguros. Si usted nos ha proporcionado información sobre el seguro hoy, usted está obligado a pagar todos los co-pagos, deducibles, y cualquiera que no sea cubierto fuera de la red / beneficios reducidos en el momento se prestan los servicios. Usted tiene el deber afirmativo para asegurarse de que el pago y / o corregir la información para el pago se da al centro de referencia anterior para el reembolso de los servicios prestados. Tenga en cuenta que habrá un cargo de \$ 45 por cualquier cheque devuelto.

X _____
Paciente / Guardián Fecha

Datos demográficos del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____

Address: _____

PO Box o Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfonos: Inicio: _____ Cell: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? Email _____ Teléfono _____

Género: Femenino _____ Masculino _____ Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separado _____

Idioma Principal:

Español: _____ Inglés: _____ Otra: _____

Raza: (marque todo lo que corresponda)

Blanco _____ Afroamericano _____ Asiático _____

Indio Americano o Nativo de Alaska _____ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico _____

Raza:

Hispano o Latino _____ No Hispano o Latino _____

Información del empleador

Nombre de la empresa: _____ Trabajo #: _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal: _____

Información de Seguros

Primer Seguro

Nombre del Asegurado: Nombre _____

Segundo Seguro

Asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor escriba cualquier persona (s) que pueden tener permiso para tener acceso a su información (es decir, recoger las películas / disco / informe) o ser utilizado como un contacto de emergencia

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Es su visita de hoy en relación con una lesión o accidente? Si _____ No _____

(En caso afirmativo, completar la sección de abajo)

Lesión debido a: Trabajo _____ Vehículo _____ Trauma _____ Resbalo/Caída _____

Fecha de la lesión: _____ Hora de la lesión: _____

Localización de la lesión: ejemplos (casa, esquí, senderismo, etc.) _____

¿Qué parte de tu cuerpo se lesionó? (Sea específico) _____

¿Ha estado recibiendo tratamiento para esta lesión? Si _____ No _____

Si su respuesta es sí, ¿quién es el médico que lo trata por la lesión? _____

Firma del paciente X: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE MRI PARTICIPACIÓN DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Seguridad Social # _____ DOB: _____

Paciente en el momento del consentimiento fue: despierto ___ Alerta ___ sedado ___
Mentalmente Comprometido ___

Procedimiento: Su médico le ha programado para un examen de resonancia magnética que requiere la inyección intravenosa de Gadodiamida.

Médico que Refirió _____ Medico que Asistió _____

Indicaciones de procedimiento: _____ creatina / GFR # _____

Beneficios del procedimiento: Para darle a su médico la información de diagnóstico adicional.

Riesgos: Incluyendo pero no limitado a lesión de un nervio, arteria, vena o, infección o una reacción al material que se inyecta. Las reacciones pueden incluir: infecciones, reacciones alérgicas, desfigurando, asustando, PÉRDIDA GRAVE DE SANGRE, LA PÉRDIDA O PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN DE CUALQUIER miembro u órgano, parálisis o parálisis parcial, paraplejia, tetraplejia, daño cerebral, cardíaca o paro respiratorio O MUERTE.

Alternativas: Otras alternativas pueden incluir U / S, CT, o Medicina Nuclear.

Enumere cualquier alergia a medicamentos o alimentos:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Detalle las cirugías:

¿Ha tenido la radioterapia o la quimioterapia? Si ___ No ___

En caso afirmativo, explique por qué y cuándo:

¿Actualmente toma medicamentos destinados a diluir la sangre? Si ___ No ___

OVER

Entiendo que al firmar esta forma que se me ha informado a mi satisfacción respecto a los siguientes aspectos de mi examen.

- A. Un diagnóstico de la condición que requiere el examen.
- B. La naturaleza y el propósito del procedimiento.
- C. Los riesgos relacionados con el procedimiento.
- D. La probabilidad de éxito.
- E. Alternativas a este procedimiento.

Y eso fue proporcionado dicha información aquí, en o por conversación directa con el médico responsable o de otros proveedores de atención médica bajo la supervisión y control del médico responsable.

Entiendo que el médico, médicos asistentes personales y otras se basará en las declaraciones sobre el paciente, la historia médica del paciente, y otra información para determinar si se debe realizar el procedimiento o el curso del tratamiento para el paciente de condición y en recomendar el procedimiento que se ha explicado.

Entiendo que no hay garantías o seguridades se han hecho a mí sobre los resultados de este procedimiento.

Me doy cuenta de que durante el procedimiento, el médico / cirujano puede tomar conciencia de la condición que no eran evidentes antes del inicio del procedimiento. Por lo tanto, doy mi consentimiento para cualquier operación o procedimientos adicionales o diferentes al médico / cirujano considere necesario o apropiado para tratar curar o diagnosticar tales condiciones. Entiendo que cualquier tejido o partes, que se eliminan, pueden ser utilizados para la investigación aprobado o desecharse como se ve en forma para las autoridades competentes.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído o ha tenido esta forma de leer y ni me explicó, que entiendo completamente su contenido, que se me ha dado una gran oportunidad de hacer preguntas y que las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. También he recibido información adicional, incluyendo pero no limitado a, los materiales relacionados con los procedimientos descritos en el presente documento.

Firma autorizada para este procedimiento:

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma de la persona autorizada para firmar _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Testigo Firma _____ Fecha _____

HISTORIA DEL EXAMEN

Nombre Fecha _____

Edad _____ Peso _____

Por favor, dar una breve descripción de los síntomas relacionados con el área a digitalizar:

Dolor de cuello	izquierdo _____	Derecho _____	Dolor de Brazo	izquierdo _____	Derecho _____
Dolor de espalda	izquierdo _____	Derecho _____	Dolor de piernas	izquierdo _____	Derecho _____
Hormigueo	izquierdo _____	Derecho _____	Brazo Entumecimiento	izquierdo _____	Derecho _____
Debilidad	izquierdo _____	Derecho _____	Pierna Entumecimiento	izquierdo _____	Derecho _____

¿Tiene antecedentes de artritis? Sí _____ No _____ Si es así, ¿qué tipo? _____

Historia de fractura / luxación de la zona está escaneando? Si _____ No _____

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?

Fue el inicio de los síntomas relacionados con una lesión? Si No _____

Relacionados con el trabajo o el trabajo? Si No _____

Cualquier incontinencia (pérdida del control intestinal o vesical)?

¿Tiene antecedentes de cáncer? Si _____ no _____

¿Ha tenido alguna cirugía en el área a digitalizar? Si _____ no _____

En caso afirmativo, indicar qué nivel (si se conoce) _____ Cuando _____

Exploraciones previas (para el área que está siendo escaneados hoy):

CT Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

RM Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

De rayos X Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

Mielogramas Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

Gammagrafía ósea Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

Sólo para ser llenado por el Tecnólogo

Contraste Si _____ No _____ Si sí Cantidad _____

Valores Lab (Si es necesario) GFR _____ creatina _____ fluoro Tiempo _____

Refiriéndose DX Médico _____

Iniciales _____

MRI / MRA - EXAMEN DEL CEREBRO

Nombre _____

Fecha _____

Edad _____

Peso _____

Por favor, dar una breve descripción de los síntomas relacionados con el área a digitalizar:

Fue el inicio de los síntomas relacionados con una lesión? Si _____ No _____

¿Está teniendo dolores de cabeza? Si _____ No _____

En caso afirmativo, dar lugar, duración, y la longitud de tiempo que usted ha tenido dolor de cabeza.

¿Ha tenido alguna cirugía o cualquier anomalía confirmados del cerebro?

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	Descripción
Pérdida del equilibrio	___	___	_____
Pérdida de la audición	___	___	_____
El tinnitus (zumbido en los oídos)	___	___	_____
Mareos (vértigo)	___	___	_____
Debilidad	___	___	_____
Historia de Stroke	___	___	_____
Problemas de visión	___	___	_____
Antecedentes de cáncer o tumor	___	___	_____
Pérdida de la función de las piernas o los brazos	___	___	_____
Hormigueo o entumecimiento de las piernas / brazos / la cara	___	___	_____
Pérdida de memoria	___	___	_____
Tumor de la glándula pituitaria	___	___	_____
Dificultad para hablar	___	___	_____
Dificultad para formar palabras	___	___	_____
Cualquier otro síntoma	___	___	_____

Escaneos previos:

CT Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

MRI Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

De rayos X Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

Medicina Nuc Sí ___ No ___ Cuando _____ ¿Dónde _____

Sólo para ser llenado por el Tecnólogo

Contraste Si _____ No _____ Si sí Cantidad _____

Valores Lab (Si es necesario) GFR _____ creatina _____ fluoro Tiempo _____

Refiriéndose DX Médico _____

Iniciales _____