

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo:  M  F Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿El paciente es menor de edad?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién debemos notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarte? \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Asegurado Primario: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

¿Tiene un seguro secundario?  Sí  No

En caso afirmativo, el nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nac. del asegurado \_\_\_\_\_

*Proporcione la tarjeta de seguro*

**COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR**

Tipo de accidente \_\_\_\_\_ ¿Relacionado con el trabajo?  Sí  No Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Número de reclamación \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Empleador en el momento de la lesión \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**GARANTÍA DE SU ABOGADO**

Tipo de accidente  Trabajo  Auto  Otro \_\_\_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_

Nombre del abogado \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección del abogado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Houston MRI ha aceptado su Carta de Protección de su abogado. La carta de protección que su abogado ha proporcionado sólo pospone el pago de estos servicios hasta el momento de la liquidación de su caso. En última instancia, estos cargos tendrán que ser pagados en su totalidad y son su responsabilidad.

**CUMPLIMIENTO CON HIPPA**

He leído y entiendo el documento de práctica de privacidad de HIPPA. Se proporcionará una copia a petición mía.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Responsable Nombre impreso Relación con el paciente Fecha



# CUESTIONARIO DEL PACIENTE

6009 Richmond Ave., Ste. 120 Houston, TX 77056

Lunes-Viernes 8:00am-5:00pm

Tel: (832)767-5997 Fax: (832)767-5987

## Bienvenido a Precision MRI and Diagnostic

Por favor, ayúdenos a proporcionarle la mejor atención y a garantizar su seguridad completando el siguiente cuestionario. **Cualquier metal implantado o incrustado en su cuerpo puede afectar la calidad del examen y/o su seguridad.** Antes de su resonancia magnética, retire todos los objetos metálicos, incluidas las llaves, horquillas, joyas, reloj, pasadores de seguridad, clips de papel, clips de dinero, tarjetas de crédito, bolígrafos, cinturón, botones de metal, cuchillo de piqueta, etc. Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor pregunte a su tecnólogo o al médico en el personal.

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diálisis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pendientes u otros piercings	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Desfibrilador de corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tatuajes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Aneurisma, aórtico, clips vasculares	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Maquillaje Permanente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Neuroestimulador	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	DIU o diafragma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estimulador de crecimiento óseo/fusión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dentaduras	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Derivación (espinal o intraventricular)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Implante de oído o audífono	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Stents intravasculares, filtros o bobinas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Extremidad o articulación artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Puerto de acceso vascular o catéter	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Implantes de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Bomba vascular de la arteria carótida	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cualquier tipo de prótesis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Insulina o bomba de infusión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Grapas o cables quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Implantes metálicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tornillo óseo/conjunto, clavo, varillas, etc.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fragmentos metálicos en los ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ansiedad o trastorno respiratorio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Por favor enumere cualquier otra condición médica no enumerada anteriormente

Explicar la condición actual (¿Cómo y cuándo se lesionó? ¿Dónde está tu dolor? ¿Y por cuánto tiempo?)

Enumere cualquier lesión pasada

### SOLO PACIENTES FEMENINAS

¿Estás embarazada?  Si  No Fecha del último ciclo menstrual \_\_\_\_\_

**NO hay complicaciones conocidas para pacientes embarazadas a partir de una resonancia magnética.**

Doy fe de que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo todo el contenido de, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información en este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente o autorizada \_\_\_\_\_

Completado por:  Paciente  Familiar  Médico  Otro \_\_\_\_\_



FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

6009 Richmond Ave., Ste. 120 Houston, TX 77056

Lunes-Viernes: 8:00am-5:00pm

Ph: (832)767-5997 Fax: (832)767-5987

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS GENERALES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Complete la siguiente información:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ #SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo a Precision MRI y Diagnostic a dar a conocer todos mis registros médicos. Todos los registros médicos incluyendo pero no limitado a la grabación radiológica, incluyendo rayos X, RMN, MRA, Ultrasonido, DEXA.

Por favor envíe a: \_\_\_\_\_

Estos registros son para servicios prestados en las siguientes fechas: \_\_\_\_\_

Si se están liberando registros médicos al paciente:

¿Su médico ha discutido estos resultados con usted? [ ] Sí [ ] No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor

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

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Relación