

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 _____

Precision 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 77057

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

SÓLO PACIENTES FEMENINAS

¿Estás embarazada? Si No Fecha del último ciclo menstrual _____

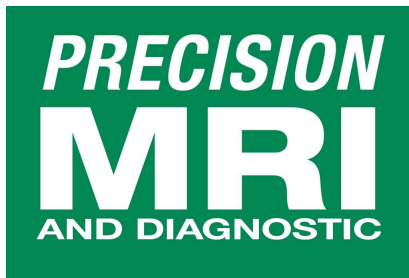
NO hay complicaciones conocidas para pacientes embarazadas a partir de una resonancia magnética.

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 77057

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