

OpenSided MRI Patient Packet

MMR# _____ Fecha _____

PACIENTE SSN# _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

Mr. Mrs. _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Ms. Miss Tiene un cambio de nombre desde la última visita? Si No Anterior Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino DOB _____ Edad _____ Teléfono de la casa _____

Dirección _____ Apartamento# _____

Ciudad / Estado / Código Postal _____

Empleador del Paciente _____ Ocupación _____

Dirección _____ Suite# _____

Ciudad / Estado / Código Postal _____ Teléfono del trabajo _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono# _____

Al mejor de mi conocimiento (es) (no es) ninguna indicación de que ahora puede estar embarazada. _____

Iniciales

PACIENTE SE REFIERE POR EL DR. _____

PERSONA RESPONSABLE DE PROYECTO DE LEY, SI NO ES PACIENTE

Relación del paciente con la persona responsable de la factura Cónyuge Niño Otro

Nombre _____ Empleador _____

Dirección de envío _____ Dirección de envío _____

Ciudad / Estado / Código Postal _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Ocupación _____

SEGUROS Y / O LESIONES INFORMACIÓN

SEGURO DE PRIMARIA _____ Seguro de secundaria _____

Grupo / Reclamo # _____ Nombre del Suscriptor _____

ID# _____ ID# _____

Empleador # _____

ES ESTE EL RESULTADO DE UNA LESIÓN O ACCIDENTE? TRABAJOS RELACIONADOS OTRO ACCIDENTE / LESIONES ACCIDENTE DE AUTO

Fecha del Accidente _____ Si Auto: Reclamación / Póliza # _____

Breve resumen de accidente _____

SI TRABAJO RELACIONADO LESIONES: (Si se trata de una reclamación TRABAJO Y LAS INDUSTRIAS favor complete)

Fecha de la lesión _____ Causa de la Lesión _____

Empleador al momento de la lesión _____ Reclamo # _____

Guardamos un registro de los servicios para el cuidado de la salud que le proveemos, puede solicitar ver ese registro o una copia del mismo; también puede pedirnos corregir el registro; no le mostraremos su registro a terceros amenos que nos diga de forma directa que lo hagamos o amenos que la ley lo autorice y requiera; puede ver su registro u obtener más información acerca de él en esta oficina.

Los beneficios son verificados por su aseguradora, esta; no es una garantía de pago, todos los cargos están sujetos a las provisiones del seguro, los cargos financieros son aplicados a todos los balances no pagados.

CONSENTIMIENTO: Por este medio autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al centro o profesional de la salud, soy financieramente responsable por cualquier deuda en el balance, también autorizo al doctor o la compañía de seguros a dar la información requerida para procesar esta solicitud.

Firma _____ Fecha _____

Los siguientes elementos pueden resultar dañinos o causar heridas a otros en un fuerte campo magnético. NO DEBEN SER INTRODUCIDOS DENTRO DEL CUARTO DE ESTUDIO DE IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Aparatos auditivos	Joyería (anillos, aretes, etc)	Localizador/Teléfono celular	Hebilla del cinturón
Lentes	Cartera/Pinza para billetes	Navaja de bolsillo	Sujetador/Faja/cinturón sanitario
Reloj	Libro del monedero / de bolsillo	Tarjetas de crédito o bancarias	Cierres de metal/botones
Imperdibles	Lapiceros/lapices	Prótesis/miembros artificiales	
Pernos de pelo/barrettes	Llaves	Dentaduras/ placas parciales	
Pelucas/pedazos del pelo	Monedas	Retenedores	

Los síntomas de los pacientes

Fueron causados por un accidente o lesión? _____

Confirmando que todas las respuestas que he dado a las preguntas en este formulario son correctas en mi conocimiento, he leído y comprendido el contenido entero de este formulario y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de la información contenida en el mismo.

Firma (paciente o tutor) _____

Fecha _____

NO TODOS LOS EXAMENES INVOLUCRAN INYECCIONES, SOLO COMPLETE LA PARTE INFERIOR SI VA A RECIBIR CONTRASTE Su profesional de la salud lo ha referido a nosotros para un examen de diagnóstico de Imagen por resonancia magnética, envuelve una inyección de un contraste basado en gadolinio 'Este contraste puede ser benéfico, pues ayuda al radiólogo a interpretar sus imágenes, estamos preparados para tratar cualquier reacción adversa si esta llega a ocurrir, su profesional de la salud esta consciente de la posibilidad remota de una complicación y piensa que la información diagnóstica obtenida rebasa por mucho el mínimo riesgo del procedimiento, el porcentaje de cualquier reacción adversa es menor al 5%.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE CONTRASTE CON UN AGENTE DE CONTRASTE CON UNA BASE DE GADOLINIO Para personas con una reducción severa de la función renal, el contraste de gadolinio se considera una posible causa de una rara enfermedad llamada fibrosis sistémica nefrogénica (FSN) se sugiere que los pacientes que están recibiendo tratamiento de hemodiálisis para fallo renal, deben programar su hemodiálisis para 2 o 4 horas después de la inyección de contraste de gadolinio, si tiene fallo renal, pero no necesita diálisis por favor dígame al técnico en imagen por resonancia magnética.

LBS peso _____

Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a cualquier tipo de contraste? En caso afirmativo, por favor explique.

Si No

Es alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, por favor explique.

Si No

Alguna vez ha tenido alguna (riñón) / insuficiencia renal o un trasplante? En caso afirmativo.

Si No

Alguna vez ha tenido alguna enfermedad del hígado / fracaso o el trasplante? En caso afirmativo, por favor explique.

Si No

Está usted actualmente en diálisis?

Si No

Tiene diabetes?

Si No

Usted tiene una enfermedad del corazón?

Si No

Tiene antecedentes de asma o enfisema?

Si No

Tiene antecedentes de hipertensión / presión arterial alta?

Si No

Confirmando que las respuesta que he dado a las preguntas en este formulario son correctas en mi conocimiento y he leído y entendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de la información en el mismo.

Firma (paciente o tutor) _____

Fecha _____

Supervisar Tecnólogo _____

Nombre _____

DOB _____

ATENCIÓN: PACIENTES DE IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA Y FAMILIARES ACOMPAÑANTES

Nuestra preocupación principal, es la seguridad del paciente; el cuarto de resonancia magnética contiene un magneto muy fuerte, antes de que se le permita entrar debemos saber si tiene alguna pieza metálica en su cuerpo, algunos objetos metálicos puede interferir con la exploración o incluso ser peligrosos, así que por favor responda las siguientes preguntas cuidadosamente:

Alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes operaciones o procedimientos quirúrgicos? Sí así es, por favor explique.

- Cirugía ocular Cirugía ortopédica
 Cirugía de las Oejas Cirugía vascular
 Cirugía cardíaca Cirugía de la espalda
 Otro: _____

Fecha(s): _____

Si No ¿Alguna vez ha tenido algún tipo de cáncer? Si es así, por favor explique.

Si No Es ahora o ha sido un maquinista, soldador u obrero metalúrgico?

Si No Alguna vez ha sido golpeado en el rostro o en el ojo con alguna pieza metálica?
(Incluyendo virutas de metal, astillas metálicas, balas o balines)

Si No Alguna vez le han removido alguna pieza metálica del ojo?

Si No Esta embarazada, posiblemente embarazada o amamantando?

Fecha del último periodo menstrual _____

¿TIENE ALGUNO DE ESTOS ARTÍCULOS EN SU CUERPO?

Si No Marcapasos, cables, o un desfibrilador

Si No Clips para aneurisma cerebral

Si No Implante de oído

Si No Implante de ojos?

Si No Estimulador eléctrico para los nervios o la medula?

Si No Bomba de infusión

Si No Stents, filtro bobina o cables en los vasos sanguíneos

Si No Implantado cathether o tubo

Si No Válvula cardíaca artificial

Si No Derivación

Si No Clips quirúrgicos, grapas, alambres, malla, o suturas

Si No Hardware Ortopédica (placas, tornillos, pernos, varillas, alambres)?

Si No Extremidad artificial o conjunta

Si No Prótesis de pene?

Si No Implantes magnéticos en cualquier lugar

Si No El diafragma o dispositivo intrauterino

Si No Los dientes postizos, retenedores y correctores magnéticos

Si No El maquillaje permanente (ojos, cejas, labios) perforaciones en el cuerpo y los tatuajes

Si No Balas, BB o bolitas

Si No Metralla de metal o fragmentos

Formulario de consentimiento HIPAA Patient

Consentimiento para el uso y divulgación de la información de salud para el tratamiento, pago o propósitos del cuidado de la salud.

He obtenido, leído y comprendido el Aviso De Prácticas De Privacidad de OpenSided MRI el cual provee una descripción completa de los usos y divulgaciones.

Comprendo que:

- ✓ Como parte de mi cuidado de salud, OpenSided MRI origina y almacena registros en papel o electrónicos pertenecientes al cuidado de mi salud e historia clínica, incluyendo síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos y tratamiento.
- ✓ OpenSided MRI no es requerida para acceder a las restricciones solicitadas en la divulgación de su información de salud protegida.
- ✓ Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento con la excepción de acciones ya realizadas, el reusarme a firmar o al revocar esta forma de consentimiento, puede resultar en rechazo de cuidado o tratamientos como se permite por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.
- ✓ OpenSided MRI se reserva el derecho de cambiar su aviso de practicas de privacidad en cualquier momento como permite la sección 164.520 del código federal de regulaciones si OpenSided MRI cambia su aviso de practicas de privacidad me enviarán una copia del aviso actualizado a la dirección que he provisto.
- ✓ Puede ser necesario para la organización el divulgar mi información de salud protegida a alguna otra entidad para tratamiento, cuidado de salud o propósitos de cobro y pago y permito a OpenSided MRI, divulgar esta información a dichas entidades.

Entiendo completamente y acepto los términos de este formulario de consentimiento informado HIP AA, reconozco que he recibido el aviso de practicas de privacidad de OpenSided MRI y he tenido cualquier y todas las preguntas con respecto a estos formularios, respondidas por el empleado designado.

Firma del paciente _____ Fecha _____

USO DE LA OFICINA

El consentimiento del paciente que recibe _____ en _____

Consentimiento añadido a la historia clínica del paciente en _____

Paciente se negó a firmar el consentimiento _____

OpenSided MRI firma del empleado _____