

# OpenSided MRI Appointment

MMR # \_\_\_\_\_  Paciente Anterior Cita Confirmada \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fecha de examen \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

Estudio \_\_\_\_\_ CPT/IDC9 \_\_\_\_\_

Physican \_\_\_\_\_ NPI/Tax ID \_\_\_\_\_

Contacto Physican \_\_\_\_\_ Otro Telefono \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_

Preferencia Imagen  Peliculas w/pt  Entrega las Peliculas  CD w/pt  CD Entrega  Otro \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ ID/Grupo/reclamacion# \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Autorizacion# \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Referencia/rastreo# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ ID/Grupo # \_\_\_\_\_

Beneficios/Info \_\_\_\_\_ PT le debe \_\_\_\_\_

## Exámenes de Contraste solo

Medicare/Medicaid paciente (asegurese de que el medico estramado)

¿Es la lactancia materna del paciente o tener y la alergia al látex, proyección de imagen, contraste, yodo, o mariscos?  Si  No

*\*\*En caso afirmativo, informar a un tecnólogo INMEDIATAMENTE para orientación adicional.\*\**

¿Es el paciente, más del 60 o si tiene antecedentes de enfermedad hepática o renal, riñón único / hepática, trasplante o Tumores. Historia de la hipertensión, la diabetes, anticoagulantes, o Glucophage?  Si  No

Explicar \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_

*\*\*Si es así, obtener Creatinine from médico de referencia para la TFG. Pt tiene que estar fuera de diluyentes de la sangre 48 horas antes y 24 horas después off Glucophage MRI.\*\**

¿El paciente tiene antecedentes de enfermedad hepática severa, pendientes o de trasplante de hígado actual?  Si  No

*\*\*En caso afirmativo, se recomienda que los pacientes TFG puede hacer casi el mismo tiempo que el contraste de MRI\*\**

## Screening

Paciente ha trabajado con metales (por ejemplo: maquinista o soldadora), o evrr tenido el metal en sus ojos?  Si  No

*\*\*En caso afirmativo, se recomienda que los pacientes TFG puede hacer casi el mismo tiempo que el contraste de MRI\*\**

¿El paciente está embarazada?  Si  No

Historia de cáncer?  Si  No Si es así el tipo de lista de cancer \_\_\_\_\_

Cirugía previa en el área de examen?  Si  No Si es así el tipo de lista y la fecha \_\_\_\_\_

Imaging anterior en el área de examen?  Si  No En caso afirmativo, anote la fecha y la ubicacion \_\_\_\_\_

Medicamentos?  Si  No Encaso afirmativo, Cuales? \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente un marcapasos?  Si  No

¿Es el paciente claustrofóbico?  Si  No

¿El paciente tiene alguno de los siguientes:  Las valvulas del corazon, DIU, clips de aneurismas, Nuero / Bio Estimulador, implantes auditivos / ojo, Dental cerebro con el iman, las articulaciones artificiales.

*\*\* Si es así, llevar a la atención tecnólogos INMEDIATAMENTE para eliminar los exámenes perdidos debido a que contradice las condiciones médicas. \*\**