

Memorial MRI and Diagnostic

Información Pacientes MRI

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____
 (Date) (Pt's Name) (Ht) (Wt)

Examen: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Chart#: _____
 (Exam) (Date of Birth)

Si No Ha tenido alguna operación o cirugía de cualquier tipo? Anote tipo y fecha cada una de ellas

Si No **Es Usted claustrofóbico?**
 Si No Ha tenido algún examen para este mismo tipo de problema, si es así, que tipo y donde?

Si No Historia de Cáncer o Tumores? Si es así, describa: _____
 Si No Esta Ud. embarazada o lactando?

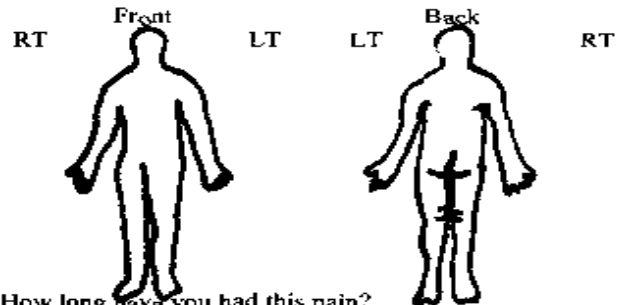
Tiene algo de lo siguiente en su cuerpo?

- Si No Marcapaso, cables, or desfibrilador
- Si No Joyería de cuerpo
- Si No Clip de aneurismas / Cirugía Cerebral
- Si No Implantes en el oído o aparatos de Sordera.
- Si No Implantes en el ojo / Cirugía del Ojo
- Si No Estimulador Eléctrico de nervios o hueso
- Si No Heridas de escopeta / Balas o postas
- Si No Esquirlas o fragmentos de metal
- Si No Implantes Magnéticos en cualquier lugar
- Si No Bombas de Infusión
- Si No Resortes, filtros o alambre in vasos sanguíneos
- Si No Miembros o articulaciones Artificiales
- Si No Tatuajes / maquillaje Permanente
- Si No Catéter o tubo Implantado
- Si No Válvula cardiaca artificial
- Si No Prótesis peneana
- Si No Shunt o Stents cardiacos o vasculares
- Si No Placas o puentes dentales removibles.
- Si No Grapas, alambres, mallas o puntadas quirúrgicas
- Si No Diafragma o dispositivo intrauterino
- Si No Placas/tornillos/varillas/alambres Ortopédicos

Razón por la cual esta usted teniendo su MRI hoy?

Explique con detalle cual es su problema, donde y desde cuando lo tiene

Marque en las figuras de abajo en donde se localiza su dolor o problema



How long have you had this pain? _____

Desde cuando tiene este dolor? _____

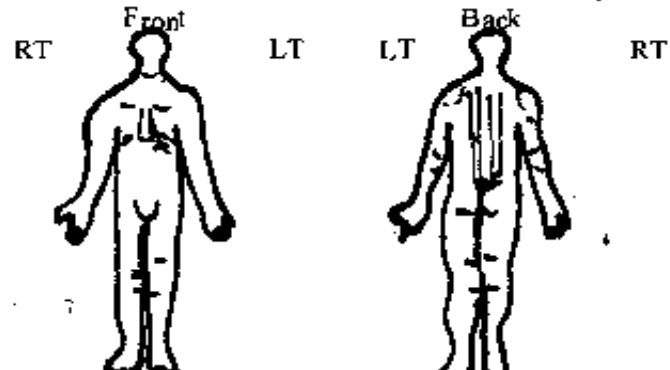
Marque su intensidad?

Bajo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Alto)

Dibuje en donde tiene

Metal en su cuerpo

Draw where Metal are located in body:



Certifico que he leído y entendido la información de esta forma y que mis dudas han sido aclaradas y que mis respuestas son correctas según mi entender y conocimiento

Firma del Paciente (Padre o Tutor)

Fecha: _____



A nuestros Pacientes y Familiares...

La sala del MRI contiene un Magneto (Imán) muy potente, antes de que se le permita entrar debemos saber si tiene algo de metal en su cuerpo, pues el metal interfiere con el examen y puede hasta ser peligroso. Conteste cuidadosamente las siguientes preguntas, si tiene dudas, por favor pregunte a nuestro personal!

Memorial MRI and Diagnostic

Fecha del Examen: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____

Medico que lo envía: _____

Información acerca del medio de contraste para MRI Gadolinium

Durante su examen MRI su Medico o el Radiólogo podrían considerar necesario usar un medio de contraste Intravenoso para MRI llamado Gadolinium. Esta inyección ayudara al medico a diagnosticar mas exactamente su condición de salud. Este medio de contraste es usado para los estudios de MRI y muy raramente puede causar alguna reacción alérgica estas reacciones van desde leves como erupción cutánea o irritación hasta reacciones severas que pueden incluir shock anafiláctico, daño cerebral debido a problemas respiratorios y aun la muerte. Por favor conteste las siguientes preguntas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Convulsiones/ Cefalea/Mareos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Embolias |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias respiratorias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma / Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades sanguíneas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades renales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a látex? |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reacciones al Contraste para MRI en el Pasado? | |

Explique : _____

MRI Technologist Must Fill Out: – Patient Do Not Complete

MRI Gadolinium Contrast Used: Yes or No Type: _____

Number of CC's Used: _____

Notes: _____

Technologist Signature: _____

Certifico que he leído y entendido el contenido de esta Autorización y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas necesarias acerca de la información contenida y autorizo el procedimiento.

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha : _____

Memorial MRI and Diagnostic

Memorial Nuclear Imaging

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M / H Fecha de Nacimiento: _____

SS# _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

TEL. Casa #: _____ TEL. Trabajo #: _____ TEL. Cel #: _____

Aseguradora: _____ ID#: _____ Grupo #: _____

Miembro principal (si no el paciente): _____ Fecha de Nac.: _____

SS# _____ Información Worker's Compensation: Empleado: _____

Fecha de Lesión: _____ Dirección: _____ Ciudad / Estado / Zip: _____

Persona de contacto: _____ teléfono: _____ Fax #: _____

Abogado: _____ TEL. Oficina: _____ Fax #: _____

Autorización para Tratamiento y Pago de Beneficios **Autorización para el tratamiento**

Acepto voluntariamente el tratamiento o procedimiento por el medico tratante y el personal medico así como los procedimientos de anestesia, medios de contraste y otros que sean médicamente necesarios.

Autorización de entrega de información y asignación de beneficios

Asigno a Memorial MRI & Diagnostic, aquellos beneficios que fueran pagados a mi como reembolso de pagos en relación con el tratamiento otorgado por esta Compañía. Solicito que el pago de beneficios autorizados sea hecho directamente al proveedor medico nombrado arriba en mi nombre.

ENTIENDO QUE SOY TOTALMENTE RESPONSABLE ECONOMICAMENTE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE NO SEA CUBIERTA POR MI COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifico que la información dada por mi para el pago bajo el titulo XVIII (medicare) es correcta y completa. Autorizo también a quien mantenga o conserve mi información medica a que sea entregada a la Health Care Finance Administration o otras entidades de health care coverage, cualquier información necesitada para esta o cualquier petición relacionada por escrito o verbalmente. Entiendo también y aceptó pagar por los servicios adeudados cuando sea necesario. Estos cargos pueden incluir cantidades aplicadas a mi deducible anual, co-pagos y cargos que no hayan sido cubiertos por mi seguro o que hayan sido negados o considerados innecesarios.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Autorización de Expedientes Médicos

Autorizo formalmente la entrega de mis expedientes y exámenes médicos necesarios para mi atención médica a:

Memorial MRI and Diagnostic

1346 Campbell Road
Houston, Texas 77055

&

1241 Campbell Road
Houston, Texas 77055

Office #: 713-461-3399 Fax #: 713-461-1969

Office #: 713-461-3399 Fax #: 713-461-1969

(Si otra persona firma por el paciente, mencione su relación con el mismo y la causa por la cual no firma)

(USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)

Office Use Only: Information Requesting:

MRI REPORTS MRI FILMS ULTRASOUND REPORTS ULTRASOUND FILMS

CT REPORTS CT FILMS X-RAYS/FLOURO REPORTS X-RAYS/FLOURO FILMS

NUCLEAR MED FILMS NUCLEAR MED REPORTS

Other Healthcare Information to the following treatment, condition, or date of treatment:

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Su copia para mantener... Memorial MRI & Diagnostic

La nota de la Práctica de la Intimidad (Notice of Privacy Practice)

Esta notificación describe cómo su información médica es usada y divulgada, y cómo usted puede tener acceso a ella. Por favor revísela cuidadosamente.

Promesa de Privacidad

Memorial MRI and Diagnostic entiende que su información médica y de salud es personal. Proteger la información sobre su estado de salud es importante. Nosotros cumplimos con leyes estrictas del gobierno federal y estatal que requieren mantener de manera confidencial toda información relacionada con su salud.

Nuestras responsabilidades acerca de la confidencialidad de la información incluyen:

- Mantener privadamente su estado de salud
- Proveer esta notificación donde se describen las formas en que podemos usar y compartir su información; y
- Cumplir los términos de esta notificación actualmente en vigencia

Nos reservamos el derecho de cambiar en algún momento los términos de esta notificación y de hacer efectiva las nuevas practicas de toda la información que mantenemos. Notificaciones actualizadas serán publicadas en las instalaciones de Memorial MRI & Diagnostic y en nuestra pagina en la red, www.memorialdiagnostic.com. Usted también puede pedir una copia de cualquier notificación en la oficina de asuntos privados en Memorial MRI and Diagnostic

Cómo Usamos la información Sobre su Salud

Cuando usted recibe cuidado médico en Memorial MRI & Diagnostic, nosotros usamos su información para tratarle, enviarle la cuenta por los servicios prestados, y para conducir las operaciones normales de cuidado médico que requiere el negocio.

Tratamiento – Nosotros conservamos archivos del cuidado y servicios provistos a usted. Los proveedores de salud usan la información para suministrar cuidado calificado que satisfaga sus necesidades. Por ejemplo, su doctor puede compartir la información sobre su salud con un especialista que pueda ayudar en su tratamiento. Según leyes estatales y federales, algunos archivos médicos, como alguna comunicación confidencial con un profesional de salud mental, tratamiento por abuso de alguna sustancia, resultados de exámenes genéticos, y alguna información sobre menores pueden tener restricciones adicionales sobre su uso y divulgación.

Pago – Nosotros mantenemos archivos de su cuenta, como información de pago y la documentación de los servicios provistos a usted. Su información puede ser usada para obtener pago de parte suya o de la compañía de seguro médico (aseguranza), o de terceras personas. Nosotros también contactamos su compañía de seguros para verificar cobertura de su cuidado médico o para notificarlos de futuros servicios que puedan necesitar notificación o aprobación previa. Por ejemplo, es posible que revelemos información acerca de servicios provistos a usted para reclamar y obtener pago de la compañía de seguros o Medicare.

Operaciones de Cuidado de Salud Nosotros usamos la información médica para mejorar la calidad del cuidado, entrenar personal y estudiantes, proveer servicio al cliente, manejar costos, conducir las obligaciones que requiere el negocio, y hacer planes para servir mejor a nuestras comunidades. Por ejemplo, podemos usar la información para evaluar la calidad de tratamiento y servicios provistos por nuestros médicos, enfermeras, y otros empleados de salud.

Otros Servicios que Proveemos

- También podemos usar su información médica para:
- Recomendar tratamientos alternativos;
- Decirle los servicios y productos de salud que puedan beneficiarle;
- Compartir información con familiares o amigos involucrados en su cuidado o en los pagos si se considera necesario;
- Compartir información con terceras personas que nos asisten con el tratamiento, pago, y operaciones de salud. Nuestros socios deben proteger su información siguiendo nuestras prácticas de privacidad;
- Recordarle sus citas (si no quiere que se le recuerde, por favor notifíquelo a la persona que hace las citas);
- Incluirlo(a) en el directorio de pacientes para las personas que llaman, visitan y para el clérigo, en caso que sea admitido(a) en alguna de nuestras instalaciones hospitalarias (si no desea figurar en el directorio, notifíquelo a la persona que lo admite en el hospital);

Para Contactarnos

Si quiere obtener más información acerca de sus derechos de privacidad, le preocupa que sus derechos de privacidad hayan sido violados, o está en desacuerdo con alguna decisión que tomamos acerca del acceso a su información de salud, por favor póngase en contacto con:

Memorial MRI & Diagnostic

**1346 Campbell Road
Houston, Texas 77055
(713) 461 - 3399**

&

Memorial MRI & Diagnostic

**1241 Campbell Road
Houston, Texas 77055
(713) 461-3399**

