

Memorial MRI and Diagnostic Examen: _____

Fecha del Examen: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Medico que lo envia: _____

Historia Clínica del paciente de Rayos X, IVP, CT Scan y Ultrasonido

Si No Ha Tenido alguna Cirugía? Si es así dénos detalles de sus cirugías:

Si No Tiene Dolor? Si es así, en donde y hacia donde se irradia?

Si No Tiene o ha tenido algún cáncer o tumor? _____

Si No Es diabético? Que Tipo de medicina toma: _____

Si No Historia de problemas renales?

Si No Historia de enfermedades cardiacas?

Si No Historia de convulsiones / cefalea / mareos? Desde cuando _____

Si No Historia de anemia falciforme o enfermedades de la sangre?

Si No Historia de asma? Historia de Hipertensión SI NO

Si No Historia de enfermedades del hígado?

Si No Historia de angina cardiaca?

Si No Historia de infartos o ataque cardiaco reciente?

Explique su problema detalladamente (Cual es el problema? donde es el problema? Desde cuando tiene el problema?):

**Su problema esta relacionado con una lesión? Si No . Si es así, cuando se lesiono?
De una explicación detallada de cómo se lesiono?**

Pacientes Femeninos: Confirmación de No-Embarazo

Esta usted segura de no estar embarazada? SI NO Fecha del la última Menstruación: _____

Estoy conciente de que un examen de Rayos X o CT, en una mujer embarazada puede ser dañino al Bebe en desarrollo. Entiendo que protección adecuada será usada cuando sea necesaria y otorgo mi consentimiento a Memorial MRI & Diagnostic para que practique el estudio de Rayos X/CT que mi medico me ha ordenado

*****SI NO ESTA SEGURA, INFORME AL TECNICO PARA EFECTUARLE UN EXAMEN DE EMBARAZO ****

Iniciales del paciente:

Certifico que las respuestas que he dado en esta forma son correctas en mi mejor entender, que he leído y entendido toda la información y que las dudas han sido aclaradas adecuadamente

Firma del Paciente (Padre o Tutor)

Fecha: _____

Memorial MRI and Diagnostic

Memorial Nuclear Imaging

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ 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: Empleador: _____
 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

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

Memorial MRI and Diagnostic

1241 Campbell Road
Houston, Texas 77055

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: _____