



Magnetic resonance (MR) Procedure Screening Form for Patients

REGISTRO De PACIENTES

Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra
Domicilio:	
Ciudad/Estado/Codigo Postal:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Seguro Social:

INFORMACIÓN De CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto:	Teléfono:	Relación:
---------------------	-----------	-----------

Si es menor de edad, proporcione la información de los padres/tutores a continuación:

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	
Estado:	Codigo Postal:	Teléfono:

ASEGURANZA : PRIVADA MEDICARE ACCIDENTE DE TRABAJO

Nombre de la Aseguranza Primaria:	Nombre de la Aseguranza Secundaria:
I.D del Miembro/Num. de Reclamo:	I.D del Miembro/Num. de Reclamo:
Nombre del Agente:	Nombre del Agente:
Teléfono del Agente:	Teléfono del Agente:
Fecha de Accidente:	Nombre de Empleo:

LESIÓN PERSONAL: AUTO CAIDA OTRO

Fecha de Lesión:

Nombre del Abogado:	Teléfono:
Domicilio de Abogado:	

Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que pague directamente a este proveedor de servicios médicos cualquier beneficio que se deba a mi plan de seguro. Acepto pagar el saldo de los cargos no pagados en mi plan. También autorizo a este proveedor a utilizar, divulgar u obtener cualquiera de mi información personal de salud para tratamiento y pago. Si NO ES ASEGURADO, entiendo que soy totalmente responsable para todos los cargos.

Firma

Fecha



Magnetic resonance (MR) Procedure Screening Form for Patients

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Altura :	Peso:
	Edad:

1. Parte del cuerpo a ser examinada: _____
2. ¿Has tomado sedantes/alcohol hoy para relajarte para este procedimiento? Sí / No Si es así, ¿qué?

3. ¿Alérgico/a á algún medicamento?: _____
4. ¿Esta actualmente tomando ó ha recién tomndo algún medicamento o droga?: _____
5. Anteriormente, le han hecho alguna cirugía?: _____
6. Anteriormente, le han hecho algún estudio o exámen de diagnóstico:

Sí No Marcapasos Cardíaco	Sí No Cirugía de oído: implante coclear/ prótesis de estribo/ aparato ¿??????
Sí No Cirugía Cardíaca/Válvula Cardíaca	Sí No Puerto acceso vascular/ catéter
Sí No Desfibrilador Cardíaco Implantado (DCI)	Sí No Implantes de malla de metal/ Grapas de alambre o clips/ Electrodo Internos
Sí No Pinza(s) de Aneurisma Cerebral/Cirugía Cerebral	Sí No Implantes eléctricos/ macánicos/ magnéticos
Sí No Shunts/Stents/Filtros/Bobina Intravascular	Sí No Implante de bomba de infusión de medicamentos
Sí No Cirugía de Ojo/Implante/Spring/Retina Tachuela	Sí No Expansor de tejidos (Por ejemplo cenos)
Sí No Dentadura Postiza/Parciales/Implantes Dentales	Sí No Esta embarazada? Sí No IUD? Fecha de último periodo menstrual?
Sí No Pasadores Ortopédicos/Tornillos/Varillas/ Articulaciones Prótesis	Sí No Tatuajes/ Maquillaje Permanente/ Perforacion Corporal
Sí No Neuroestimulador/Bioestimulador	Sí No Lesión en el ojo que involucra virutas de metal o metal
Sí No Historia de Cáncer or Tumor	Sí No Heridas de bala
Sí No Cirugía Previas de Espalda/Cuello	Sí No Tienes pinsas en tu cabello/ ropa/ extensiones de cabello/ pelucas

HISTORIA DE CONTRASTE DE MRI

Sí No A tenido un MRI con contraste?	Sí No Tiene historial de hipertensión?
Sí No Tuvo algun tipo de alergia al contraste?	Sí No Tiene diabetes?
Sí No Estas amamantando en este momento?	Sí No Tiene un historial de enfermedad respiratoria?
Sí No Tiene antecedentes de enfermedad renal?	Sí No Alguna vez ha tenido una enfermedad hepática grave, un transplante de hígado o un transplante de hígado pendiente?

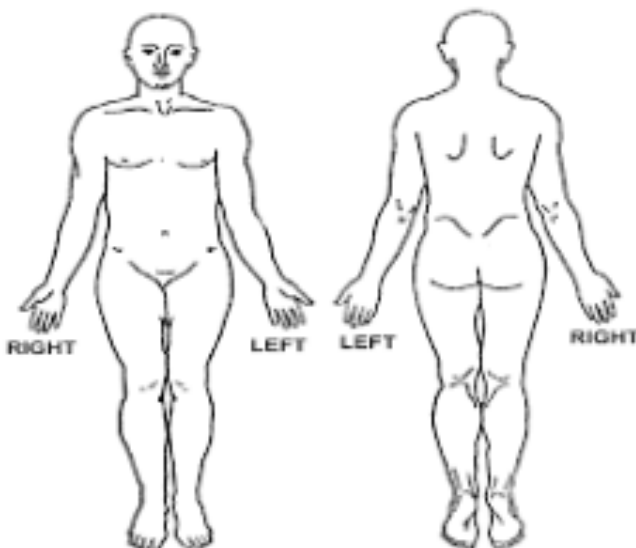
Doy fe de que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. También he informado al tecnólogo que no estoy embarazada en este momento y doy mi consentimiento para que me administren un agente de contraste si es necesario para el diagnóstico correcto de mi procedimiento. Reconozco que soy consciente de la posibilidad de efectos secundarios con el contraste y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento de resonancia magnética y entiendo la información que se me presenta.

_____ **Paciente/Padres/Tutor Legal** _____ **Firma del Tecnico de MRI** _____ **Fecha**

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Antes de entrar al cuarto de MR, debe quitarse **TODOS** los objetos metálicos, incluyendo celular, **TODA JOYERIA**, audífonos, dentaduras postizas, placas parciales, llaves, anteojos, horquillas, pasadores, perforaciones corporales, relojes, imperdibles, sujetapapeles, clip de dinero, tarjetas bancarias, tarjetas de banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja, cortaúñas, herramientas. Consulte con el tecnólogo o radió de MRI si tiene alguna pregunta o inquietud **ANTES DE ENTRAR AL SALÓN DEL SISTEMA DE MRI**. Se proporcionarán casilleros antes de ingresar al cuarto de MRI (anteojos, trabajos dentales, zapatos pueden permanecer con usted hasta que ingrese a la habitación). Para su seguridad, se le pedirá que se ponga una bata. Nada debe ingresar a la sala de examen que pueda ser atraído por un imán. Todas las personas que ingresan a la sala de exploración deben revisar e identificar cualquier posible motivo antes de ingresar a la sala de exploración de MRI.

MARQUE EN LA FIGURA A CONTINUACIÓN LA UBICACIÓN DE SU DOLOR Y / O MOLESTIA:



NOTA: Se le puede aconsejar o requerir el uso de tapones para los oídos u otra protección auditiva durante el procedimiento de MR para evitar posibles problemas o riesgos relacionados con el ruido acústico.

Notas del Tecnólogo: _____

Nombre del Tecnólogo

Firma del Tecnólogo

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente:

Fecha:

Pacientes con Asegurancia Médica:

1. El cobro de servicio médico es enviado a la asegurancia presentada en el día de servicio.
2. Se espera que pague los copagos conocidos, los deducibles aplicables y las cantidades estimadas de coseguro en el momento del servicio.
3. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, asegurarnos los pagos de los beneficios del seguro y negociar con su compañía de seguros los reclamos por disputas.
4. Le exigimos como paciente que sea responsable de cualquier saldo que su seguro no cubra.
5. Cualquier saldo adeudado debe pagarse dentro de los 90 días después del día de cobrio para evitar más actividad de cobranza.

Pacientes con Pago en Efectivo:

1. Se esperan pagos en efectivo completos al momento del servicio.
2. Servicios aceptados en pago efectivo no seran cobrados a su asegurancia.

Cuentas Delincuentes:

1. Recibirá estados de cuenta periódicos para saldos pendientes.
2. Su cuenta puede ser entregada a una agencia profesional especializada en cobro de deudas por falta continua de pago.
3. Una vez que su cuenta sea entregada a una agencia de cobro por falta de pago, usted será responsable de los pagos acumulados por la agencia de cobro durante el proceso.
4. Si pagos atrasados no han sido recibidos no podremos verlo para futuras citas hasta que se pague la cuenta pendiente en su totalidad.

Imágenes en CD:

1. Primera copia de CD es gratis.
2. \$15 por cada copia de CD adicional.

Modos de Pago:

1. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de debito/credito (Visa, Mastercard, Discover, American Express)
2. Habrá un cargo de \$25 en todos los cheques devueltos.

Certifico que he leído y acepto las Políticas Financieras de Universal Imaging Center.

Firma

Fecha



Magnetic resonance (MR) Procedure Screening Form for Patients

Política de Privacidad

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de atención médica esté protegida por privacidad. La Regla de Privacidad también se creó con el fin de proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Como paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para proteger esa privacidad. Todos nuestros empleados, gerentes y médicos se someten continuamente a la capacitación de HIPAA. Es nuestra política determinar adecuadamente el uso apropiado de PHI de acuerdo con las reglas, leyes y regulaciones del gobierno. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, brindamos la información mínima necesaria sobre el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, a fin de brindar atención médica que sea lo mejor para usted.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo en caso de que decida negarse a divulgar su Información de salud personal (PHI). Si elige dar su consentimiento, en el futuro puede solicitar rechazar todo o parte de su consentimiento. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado que se basen en este consentimiento.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR UN PROBLEMA

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede presentar una queja ante el Funcionario de Privacidad de esta práctica o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja con el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles.

Dirección de Oficina de Derechos Civiles:
Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509 F, H Building
Washington, D.C. 20201

Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

AUTORIZACIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para el tratamiento de mi médico actual o futuro o proveedor de atención médica. Además, entiendo que esta información se puede transmitir electrónicamente. La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Tal revelación, en algunos casos, no está protegida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Autorizo a Universal Imaging Center liberar a mi compañía de seguros cualquier información médica que pueda ser necesaria para procesar mi reclamo de seguro. Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar este reclamo y asignar los beneficios pagaderos por los servicios directamente a Universal Imaging Center. Esta asignación permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una copia de esta tarea debe considerarse tan válida como el original. Si recibo un pago de seguro directamente, acepto realizar el pago completo de inmediato a Universal Imaging Center. Entiendo que en el caso de que mi compañía de seguro niegue este reclamo, seré responsable de todos los cargos.

SOLICITUD DE POLÍTICA DE REGISTROS MÉDICOS

Cualquier paciente tiene el derecho de solicitar registros médicos. Se harán todos los esfuerzos para manejar cada solicitud de manera oportuna. Debido a la carga del paciente, los problemas de privacidad y la obtención de información precisa, necesitaremos un **AVISO DE 48 HORAS** para procesar su solicitud. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito con los artículos específicos solicitados.

Nombre del Paciente:	Fecha:
Firma:	