

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

Fecha del Examen: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____

Medico que lo envía: _____

Autorización para el uso de medio de contraste

El procedimiento que se le efectuara hoy, requiere del uso de un medio de contraste intravenoso que contiene Yodo. Nosotros usamos Yodo no-Iónico que ha demostrado ser más tolerable que el Yodo Iónico que se usaba en el pasado.

El medio de contraste se usa para permitir ver con más claridad algunas estructuras u órganos que tienen especial interés para su correcto diagnóstico, tales como vasos sanguíneos, tejido cicatrizal y tejidos especiales.

Este medio de contraste puede provocar algunas reacciones secundarias leves como cambios en la presión sanguínea, náusea, vómito, erupciones cutáneas y también reacciones severas poco frecuentes como sangrado, dolor o infección en el sitio de la inyección, daño renal y reacciones sistémicas severas como shock anafiláctico y aun la muerte.

Esta información es con el objeto de que usted este informado de las posibles reacciones secundarias del uso del medio de contraste y pueda dar una autorización informada para su uso en su examen.

También le informamos que algunas compañías de seguros no cubren la totalidad del costo del medio de contraste, así que nosotros solo le cobraremos la cantidad exacta que usemos en su estudio.

Confirmando que he leído la información acerca del uso de contraste Yodado no Iónico y autorizo el uso del mismo para mi estudio. Cualquier duda acerca del contraste y sus posibles reacciones secundarias han sido aclaradas completamente.

Entiendo que soy responsable por el costo del medio de contraste en el caso de que mi compañía de seguros no cubra parte o todo del costo del mismo.

Para pacientes de CT SCAN con contraste:

Es alérgico a alguna medicina o comida? **SI** **NO**

Es alérgico al Yodo? **SI** **NO**

Si es así, describa sus reacciones detalladamente: _____

Es alérgico a los mariscos? **SI** **NO**

If Si, describe Reactions in Detail: _____

CT Technologist Must Fill Out: – Patient Do Not Complete

CT Oral Contrast Used: Yes or No Type: _____ Amount: _____

CT Non-Ionic Contrast Used: Yes or No Type: _____ Number if CC's Used: _____

BUN: _____ Creatine: _____

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

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: _____

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**

