

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

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: _____

CHART #:**DOS:****Patient Name:****DOB:****Age:****Sex:****Procedure:****Referring Doctor:****Referring Doctor:****OFFICE #:****Fax #:****Scheduler Notes:****TECH NOTES: SEE ULTRASOUND TECH SHEETS**

X	CPT	US DESCRIPTION	X	CPT	US DESCRIPTION	X	CPT	US DESCRIPTION
	76536	US SOFT TISSUE		78761	US TESTES W/ VASCULAR FLOW		93303	ECHO TRANSTHORACIC
	76536	US THYROID						
	76705	US GALLBLADDER		93875	US EXTRACRANIAL ARTERY COMP		93307	2 D ECHO
	76705	US RLQ		93880	US CAROTID BILATERAL		93320	2 D CARDIAC DOPPLER
	76705	US RUQ		93882	US CAROTID UNILATERAL		93350	2 D ECHO WITH STRESS
	76604	US CHEST		93922	US ARTERY, UPPER & LOWER EXT UNILATERAL		93325	COLOR DOPPLER DUPLEX
	76645	US BREAST UNILATERAL		93923	US ARTERY, UPPER & LOWER EXT BILATERAL		93786	BP RECORDING
	76645	US BREAST BILATERAL		93926	US DOPPLER ARTERY LOWER EXT UNILATERAL		51798	US VOIDING RESIDUAL/BLADDER
	76700	US ABDOMEN, COMPLETE		93925	US DOPPLER ARTERY LOWER EXT BILATERAL		76376	3D IMAGES NO POSTPROCESSING
	76705	US ABDOMEN, LIMITED		93930	US DOPPLER ARTERY UPPER EXT UNILATERAL		76377	3D IMAGE POSTPROCESSING
	76770	US RETROPERITONEAL RENAL COMPLETE		93931	US DOPPLER ARTERY UPPER EXT BILATERAL		76942	US GUIDED BIOPSY
	76775	US RETROPERITONIAL RENAL LIMITED		93970	US DOPPLER VENOUS UNILATERAL		10022	FINE NEEDLE ASPIRATION
	76805	US OB, COMPLETE, 1 ST / SINGLE FETUS		93971	US DOPPLER VENOUS BILATERAL		21550	US BIOPSY NECK/CHEST
	76810	US OB, COMPLETE, ADDITIONAL FETUS		93975	US VICERAL VASCULAR COMPLETE		20206	BIOPSY MUSCLE
	76811	US OB, DETAILED, SINGLE FETUS		93978	US AORTA COMPLETE		47000	BIOPSY LIVER
	76812	US OB, DETAILED, ADDITIONAL FETUS		93979	US AORTA UNILATERAL		19102	BIOPSY BREAST (NEEDLE CORE)
	76815	US OB LIMITED		76880	US EXTREMITY, NON VASCULAR		OTHER	
	76817	US OB TRANSVAG					OTHER	PT NOT DONE AT ALL (PUT NOTE ON IRMS)
	76830	US TRANSVAGINAL						
	76856	US PELVIC, COMPLETE					OTHER	PT PARTIALLY DONE
	76857	US PELVIC, LIMITED						
	76870	US SCROTAL						
	76873	US PROSTATE						