

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Inicial): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

Género al nacer _____ Género preferido _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, usted autoriza que se le envíe contenido confidencial a través de un servidor de correo electrónico no cifrado.

Situación laboral: O Tiempo completo O Tiempo parcial O Jubilado O Otro (indique) _____

Nombre del empleador del paciente: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Información del seguro:

Compañía de seguros principal: _____ Número de identificación del seguro: _____

Grupo # _____ Relación del paciente con el titular de la póliza (indique) _____

Compañía de seguros secundaria (si corresponde): _____ Número de identificación del seguro: _____

Grupo # _____

Indique cuál de las siguientes opciones describe el motivo de su examen de hoy:

O Lesión relacionada con el trabajo O Accidente automovilístico O Otro (por favor indique) _____

Fecha de la lesión: _____ ¿Hay un abogado que lo represente por esta lesión? O Sí O No

En caso afirmativo, nombre del abogado: _____ Número de teléfono _____

Compañía de seguros de compensación laboral: _____ Número de reclamo: _____

Persona de contacto: Persona de contacto _____ Número de teléfono: _____

Compañía de seguro de automóvil: _____ N.º de reclamo: _____

N.º de póliza de seguro de automóvil: _____

Persona de contacto: _____ Número de teléfono de la persona de contacto: _____

Fecha de firma: _____

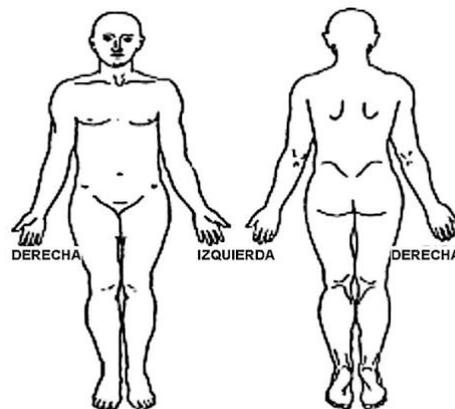


ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). **No entre** a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) de aneurisma
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí No Bomba de infusión de insulina ó similar
- Sí No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí No Muelle ó alambre del párpado
- Sí No Extremidad artificial ó protésica
- Sí No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí No Semillas ó implantes de radiación
- Sí No Catéter de Swan-Ganz ó de termomodulación
- Sí No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
- Sí No Implante tipo malla
- Sí No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí No Dentaduras ó placas parciales
- Sí No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí No Audífono (*Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
- Sí No Otro implante _____
- Sí No Problema respiratorio ó desorden del movimiento

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audífono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escáner de MR.

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protecci prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en l

Atestigo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: _____ Firma Fecha ____ / ____ / ____

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente Enfermera _____ Nombre en letra de texto Relación con el paciente

Información revisada por: _____ Nombre en letra de texto Firma

Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Otro _____

Translation by Olga Fernandez-Flygare, M.S., Brain Mapping Center, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPPA DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" (HIPPA) para ayudar a garantizar que la información personal y médica esté protegida. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que los proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u opciones de atención médica.

Como paciente nuestro, queremos que sepa que respetamos la privacidad de su información médica personal y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a aquellos que consideramos que necesitan su información de atención médica; información sobre tratamiento, pago u operaciones de atención médica para brindarle atención médica que sea lo mejor para usted.

Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirectas y es posible que tengamos que divulgar información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; estas entidades generalmente deben obtener el consentimiento del paciente. Puede negarse a firmar el Formulario de consentimiento del paciente que nos permite divulgar su información médica personal (PHI), pero debe hacerlo por escrito; Tenemos derecho a negarnos a tratarlo si decide negarse a revelar su PHI. Si elige dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro podrá solicitar rechazar todo o parte de su consentimiento. No podrá revocar acciones ya realizadas que se hayan basado en este o en un consentimiento previamente firmado. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro administrador de instalaciones. Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Entiendo que me han informado (leí y entiendo) los requisitos de HIPAA, doy mi consentimiento para el tratamiento y permitiré la divulgación de información médica a:

Nombre (1) _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Nombre (2) _____ Relación con el paciente: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre (3) _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

POLÍTICA DE PAGO

Para lograr el objetivo de brindarle el mejor servicio médico posible al menor costo posible, necesitamos su ayuda y su aceptación de nuestras políticas de pago. En casi todos los casos, procesaremos fácilmente su reclamo directamente con su plan de seguro. En unos pocos casos encontramos algunas dificultades en ese proceso y gran parte de lo que sigue trata de esas excepciones. Si bien no esperamos ninguna dificultad con su reclamo, debemos informarle sobre nuestra política en esos casos.

- Al firmar este formulario, usted acepta asignar a Open MRI, para esta visita/examen(es), todos y cada uno de los beneficios de atención médica a los que tiene derecho según cualquier póliza de seguro (hospitalización, atención médica importante, compensación laboral o cualquier otro seguro o plan de beneficios) y autorizar, en la medida permitida por la ley, el pago de esos beneficios directamente a OSMRI. Protegeremos la privacidad de su información de salud y no la usaremos ni la divulgaremos excepto de la manera permitida por las leyes estatales y federales.
- Es posible que su plan requiera aprobación (autorización previa o "certificación previa") de su plan de seguro antes de su examen. Por lo general, esto debe obtenerse en el consultorio del médico remitente, aunque a veces se permite la resonancia magnética abierta para obtenerlo. OSMRI no siempre puede informarle si su póliza requiere autorización previa; sin embargo, le informaremos antes de su examen si se obtuvo la autorización previa. Debes verificar, antes de tu examen, cuáles son los requisitos de tu plan para la preautorización, ya que varían ampliamente según las compañías de seguros e incluso dentro de sus diferentes planes y pólizas. Al mismo tiempo, debe determinar y verificar los costos de atención que su compañía de seguros determine que no están cubiertos o denegados por cualquier motivo, ya sea que se requiera u obtenga autorización previa según su póliza de seguro.
- Al firmar este formulario, se le ha informado que su compañía de seguros puede determinar, incluso después de proporcionar una autorización previa para su examen, que los servicios brindados (o a brindar) por Open MRI durante su visita no están cubiertos por su póliza. y usted acepta que, si su compañía de seguros determina que algún servicio no está cubierto, usted será responsable y pagará el costo de dichos servicios.
- Si tiene beneficios de atención médica, Open MRI presentará un reclamo a su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, usted debe, y acepta, pagar en el momento del servicio cualquier copago, coseguro y/o deducible requerido, así como los cargos por servicios no cubiertos por el seguro, saldos pendientes y cuentas morosas. Si su plan de seguro no puede proporcionarle esta información, podemos hacer una estimación de buena fe según nuestra experiencia con planes similares.
- Si no tiene beneficios de atención médica, acepta pagar en el momento del servicio todos los cargos, así como los saldos pendientes y las cuentas morosas que haya acordado con Open MRI.
- Open MRI permite que las compañías de seguros reembolsen más tiempo del legal y habitual después de presentar un reclamo. Si Open MRI no ha recibido respuesta dentro de este tiempo establecido, y en ningún caso más de 75 días de haber presentado un reclamo por su examen, asumiremos que la visita no está cubierta y es, por lo tanto, su responsabilidad. En ese momento, en la medida permitida por la ley, le facturaremos los cargos de la visita. Las preguntas relacionadas con la falta de pago por parte de su compañía de seguros deben dirigirse a su compañía de seguros, no a Open MRI, ya que su cobertura o relación contractual según su póliza es entre usted y su compañía de seguros y Open MRI no tiene el privilegio de intervenir. Por lo general, comunicarse directamente con su compañía de seguros resolverá cualquier problema, aunque es posible que deba persistir hasta resolverlo.
- Se le facturarán los saldos impagos restantes que Open MRI o su compañía de seguros consideren que son su responsabilidad. A menos que usted solicite lo contrario, todas las facturas y otras comunicaciones de Open MRI o de su compañía de seguros serán su responsabilidad. A menos que solicite lo contrario, todas las facturas y otras comunicaciones de Open MRI se enviarán a su dirección registrada en Open MRI y estarán a nombre del paciente/garante que inicialmente estableció su cuenta. Usted es responsable de notificarnos si desea que se utilice una dirección o nombre diferente. Usted es responsable de pagar la factura en su totalidad, a menos que se hayan aprobado arreglos especiales con anticipación. Hay una tarifa de \$25 por cheques devueltos, o la tarifa estatal máxima si es menor. Las cuentas morosas se entregarán a una agencia de cobranza, momento en el cual usted será responsable de los cargos de cobranza y todos los honorarios legales asociados, además del monto adeudado.

He leído, entiendo y acepto las Políticas de pago descritas anteriormente.

Nombre del paciente o garante Firma Relación con el paciente Fecha

Nombre del paciente menor Relación con el garante Firma del testigo Fecha

*Un Garante es la persona que acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente. El Garante puede ser el paciente, un familiar o una persona que no sea de su familia. En caso de que el paciente sea menor de edad o persona legalmente dependiente, entonces el garante debe tener la autoridad para actuar en nombre del paciente. Al firmar este formulario como "Garante" en nombre de un menor o una persona legalmente dependiente, usted declara ante Open MRI que tiene dicha autoridad. Los términos "usted" y "su" tal como se utilizan en este documento significan el Garante del paciente.

HISTORIAL DE EXÁMENES

Nombre fecha _____

Síntomas relacionados con el examen de hoy _____

Describe tu dolor como: Dolor Entumecimiento Hormigueo Ardor Debilidad

Ubicación (piernas, brazos, etc.) _____

Dolor en el Lado Izquierdo SI NO

Lado derecho SÍ NO

¿Durante cuánto tiempo ha tenido los síntomas anteriores? _____

¿Alguna vez le han operado esta zona? SI NO

En caso afirmativo, fecha y tipo _____

¿Le han realizado una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada del área que se escaneará hoy?

SÍ NO

En caso afirmativo, fecha y lugar donde se realizó: _____

¿Los síntomas están relacionados con una lesión? SÍ NO

En caso afirmativo, fecha del accidente y descripción de la lesión: _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer? SÍ NO

Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Cuándo es su cita de seguimiento con su médico para discutir los hallazgos??

Fecha y hora: _____