

CUESTIONARIO MRI

Nombre _____ DOB _____ EDAD _____
Ultimo Primero Medio

Sexo: M ___ F ___ Peso _____ Altura _____ ft _____ in. Médico de referencia _____

¿Estabas herido? Sí _____ No _____ Se relaciona este trabajo lesión? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, la fecha y cómo? _____

Describe los síntomas relacionados con el examen DE HOY (dolor, ardor, pines, y agujas, irradiando, apuñalar, debilidad, etc)

¿Ha tenido alguno de los siguientes (en relación con este problema)? (por favor marque todas las que apliquen)

Cirugía _____ CT Scans _____ radiografías _____ MRIs _____

En caso afirmativo, cuándo y dónde, y los resultados? _____

Utilice de nuevo a añadir información adicional

Un análisis de sangre de creatinina se hará sobre todos los pacientes con las siguientes condiciones para evaluar la función renal antes la inyección de contraste. Por favor responda por completo. ¿Tiene alguno de los siguientes?

Diabetes & Meds _____ Hipertensión y Meds _____ Enfermedad Del Riñón _____ Tratamiento del Cáncer _____

Por favor enumere todos los medicamentos _____

¿Es usted alguno de los siguientes? (por favor círculo)

- Sí No Cirugía del corazón / Corazón Válvula / Marcapasos / Defibrilator
- Sí No Cirugía cerebral / Aneurysm del cerebro Clips En caso afirmativo, explique: _____
- Sí No Lesión en el ojo que involucra virutas de metal o de metal
- Sí No ¿Has hecho alguna soldadura?
- Sí No Neuroestimulador / bioestimuladores
- Sí No pene Prótesis
- Sí No Historia del tumor _____
- Sí No La cirugía de la columna vertebral (cuello o la espalda) _____
- Sí No Audición Cirugía Sida / Oído / Implantes Cocleares
- Sí No Cualquier tipo de Electrical / Implantes magnéticos o mecánicos sobre o en su cuerpo _____
- Sí No Implantado Drogas Pump Bombas de Infusión / Insulina
- Sí No ¿Está embarazada o amamantando? Última menstruación? _____
- Sí No Heridas de bala / Shrapnel / BB
- Sí No Historia de cualquier implante (s) metálico, que no sea un trabajo dental, no se menciona/en la lista anterior? En caso afirmativo, explique: _____
- Sí No ¿Va a ver un cirujano o especialista?
En caso afirmativo, ¿cuándo es la próxima cita con su médico o especialista? _____

OFFICE USE ONLY

Time In _____ Time Out _____ Stat Yes No
Exam Ordered: _____
Diagnosis _____
Referring Physician _____
Phone _____
Contrast injected: _____ Lot# _____ Exp Date: _____
Volume: _____ ml Time: _____ Injection site: _____
Comme _____
NDC # _____ Tech's Initials _____

RELACIÓN CON EL EXAMEN DE HOY:

TORÁCICA / LUMBAR

Sí No ¿Tiene dolor de espalda?
 Sí No ¿Tiene irradiar el dolor en las piernas?
 En caso afirmativo, qué pierna?
 Derecho Izquierda Ambos
 ¿Hasta qué irradian el dolor? _____
 Cuánto tiempo?: _____

CERVICAL

Sí No ¿Tiene dolor en el cuello?
 Sí No ¿Tiene irradiar el dolor en tus brazos?
 Si es así, que el brazo?
 Derecho Izquierda Ambos
 ¿Hasta qué irradian el dolor? _____
 Cuánto tiempo?: _____

BRAIN

Sí No Convulsiones?
 Sí No Mareos?
 Sí No Visión borrosa?
 Sí No Fuertes dolores de cabeza?
 Sí No Audiencia de dificultad?
 Sí No Pérdida De La Audición?
 Sí No La prolactina elevada Nivel?
 (prolactina es la hormona secretada por la glándula pituitaria)

Por favor describa cualquier otro problema:

Cuánto tiempo?: _____

MUSCULOESQUELÉTICO

Área a digitalizar: _____

Por favor describa cualquier síntoma que pueda tener:

Cuánto tiempo?: _____

Sí No ¿Es esto una lesión deportiva o trabajos relacionados?

If Yes, details: _____

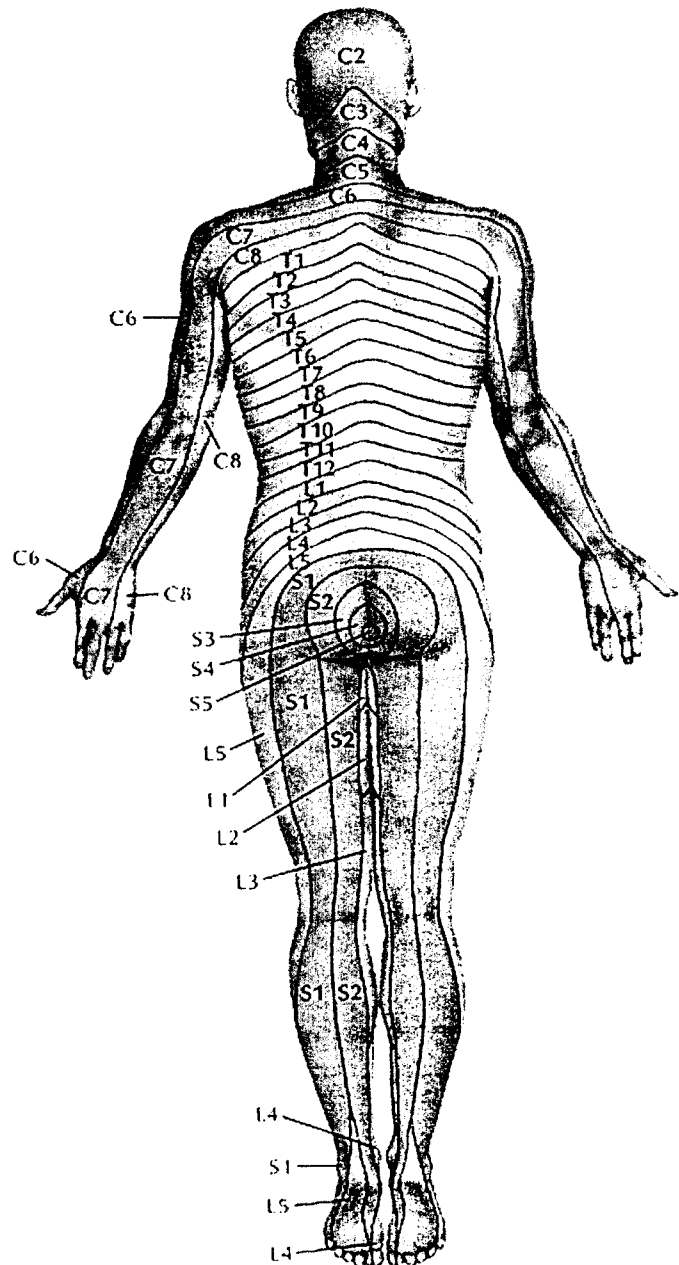
PECHO

Sí No Implantes?
 Si es así, por favor marque uno: Salina Silicona

Fecha de la última mamografía y dónde?:

Si tiene cualquier problema, por favor explique:

Por favor sombra las zonas en las que está experimentando dolor, entumecimiento, etc.



Imaging Center
16750 Red Oak Drive
Houston, TX 77090

Patient Sticker

Formulario de Autorización de embarazo

Se reconoce que la radiación ionizante puede ser perjudicial para un feto o que los efectos de un campo magnético se ha indeterminado hasta el momento. Es la política de Imaging Center que las mujeres que están embarazadas o sospechen que están embarazadas no deben someterse a un examen que utiliza radiación ionizante o campos magnéticos a menos que sea médicamente necesario el médico de referencia y / o radiólogo determinar el examen. De Imaging Center requiere la confirmación del embarazo / no embarazo para las mujeres en edad fértil antes de realizar cualquier procedimiento radiográfico que implican radiaciones ionizantes o campo magnético. edad de tener hijos se considera que es entre 10-60 años de edad.

PACIENTE: Por favor, compruebe y sus iniciales en su estado de embarazo:

- _____ No estoy embarazada _____ (Iniciales del paciente)
- _____ Soy _____ semanas de embarazo _____ (Iniciales del paciente)
- _____ Estoy seguro de que mi estado de embarazo _____ (Iniciales del paciente)

El embarazo puede ser confirmado con análisis de sangre / orina a expensas de los pacientes. Yo entiendo que la prueba de embarazo en orina que Imaging Center utiliza no es fiable al 100%, y si el ensayo se realiza dentro de los 21 días de la concepción que los resultados pueden no ser exactos. **Si está embarazada o sospecha que puede estar embarazada, sus opciones son las siguientes:**

INCIERTO ESTADO DE EMBARAZO:

_____ He decidido volver a programar el examen / procedimiento hasta que se confirma mi estado de embarazo Imaging Center del personal notificará a mi médico de la demora de mi examen.

_____ Estoy seguro de que mi estado de embarazo y han decidido rechazar una prueba de embarazo. He decidido realizar el examen con radiación ionizante y han optado por ser blindado. Yo entiendo que el escudo no es 100% de protección contra la radiación ionizante y para algunos procedimientos que requieren imágenes de la pelvis, el blindaje no es posible.

_____ He tenido una prueba de embarazo y los resultados indican
_____ No estoy embarazada _____ (Iniciales del paciente)
_____ estoy embarazada _____ (Iniciales del paciente)

POSITIVO ESTADO DE EMBARAZO:

En este momento **estoy embarazada** y yo (tener):

_____ Dado su consentimiento para someterse al examen / procedimiento _____ (Iniciales del paciente)
_____ Rechazar el examen / procedimiento _____ (Iniciales del paciente)

Al firmar a continuación, acepto que las declaraciones anteriores son verdaderas y por la presente liberan Imaging Center de las complicaciones que puedan surgir de la exposición a la radiación o un campo magnético y asumir la responsabilidad de mi decisión de someterse al procedimiento / examen.

Paciente / Firma del representante legal

Fecha y hora

Imaging Center Staff

Date/Time

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MRI

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PACIENTE#: _____

USTED TIENE DERECHO A SER INFORMADO SOBRE SU ESTADO Y EL PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO RECOMENDADO PARA SER UTILIZADO, PARA QUE USTED PUEDE HACER LA DECISION YA SEA O NO SOMETERSE A ESTE PROCEDIMIENTO DESPUES DE CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS INVOLUCRADOS. ESTA REVELACION NO PRETENDE ASUSTE O ALARMA USTED. ES PARA QUE ~~USTED ELIGE~~ PARA DAR O RETENER SU CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO.

SI USTED ESTA EMBARAZADA O CREE QUE PODRIA ESTAR EMBARAZADA, POR FAVOR INFORME AL PERSONAL DE LOS CENTROS A LA VEZ. ES MUY IMPORTANTE QUE INFORMAR A LA TECNOLOGO SI TIENE VALVULAS DEL CORAZON, UN MARCAPASOS, CLIPS DE ANEURISMA, U OTRA IMPLANTADO METAL ELÉCTRICOS DISPOSITIVOS.

SU MEDICO HA SOLICITADO UNA RESONANCIA MAGNETICA (MRI) EXAMEN PARA OBTENER INFORMACION ADICIONAL. MRI UTILIZA UN CAMPO MAGNETICO Y ONDAS DE RADIO PARA OBTENER IMAGENES DE LA PARTE DEL CUERPO QUE SE EXAMINA. MRI NO USAR RAYOS X O RADIACION Y ES INDOLORO. ALGUNOS ESCANERES PUEDEN PRODUCIR RUIDOS FUERTES REPETITIVOS TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO. AURICULARES SE OFRECEN SEGÚN SEA NECESARIO.

UN AGENTE DE CONTRASTE (LIQUIDO) SE PUEDE INYECTAR EN LA VENA, COMO PARTE DE SU RESONANCIA MAGNETICA, PARA PROPORCIONAR IMAGENES MEJORES DE LA PARTE DE CUERPO A EXAMINAR.

RIESGOS POTENCIALES: LAS COMPLICACIONES SIGUIENTES SON POSIBLES EN CUALQUIER MOMENTO UNA INYECCIÓN SE DA: POTENCIAL PARA DOLOR, SANGRADO, HEMATOMAS O HINCHAZON EN EL SITIO DE INYECCION. EXÁMENES MRI QUE REQUIEREN CONTRASTE PUEDEN RESULTAR EN LEVE DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, PICAZON, U OTROS SINTOMAS VAGOS POCO TIEMPO DESPUES DE LA INYECCION. REACCIONES ALERGICAS ADICIONALES EN RESPUESTA AL AGENTE DE CONTRASTE PUEDE INCLUIR: URTICARIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, O TRAGAR DIFICULTAD. HA HABIDO CASOS AISLADOS DE MUERTE DESPUES DE LA ADMINISTRACION DEL AGENTE DE CONTRASTE. ES MUY IMPORTANTE QUE INFORME AL TECNICO SI USTED EXPERIMENTA CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES MENCIONADAS EN ESTE FORMULARIO.

SI USTED HA TENIDO UNA REACCION PREVIAMENTE A UN INYECCION DE CONTRASTE, COMO URTICARIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CUALQUIER SIGNIFICATIVO REACCIÓN HOSPITALIZATION REQUIEREN, ANTECEDENTES DE ASMA U OTROS AFECCIONES ALERGICAS, CUALQUIER ANTECEDENTE DE ANEMIA, LA ANEMIA, FALCIFORME, O TRASTORNO RENAL O SI ESTA DANDO EL PECHO DEBE INFORMAR A LA TECNÓLOGO. LA SEGURIDAD DE CONTRASTE EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD NO HA ESTABLECIDO.

EXISTEN MUCHAS OTRAS ALTERNATIVAS DE IMAGEN; SIN EMBARGO, SU MEDICO CREE ESTA ES LA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO MEJOR PARA TI, CONSIDERANDO SUS SÍNTOMAS Y CONDICIONES. LA VENTAJA DE ESTE EXAMEN ES AYUDAR A SU MEDICO CON UN DIAGNOSTICO.

CERTIFICO ESTE FORMULARIO HA SIDO COMPLETAMENTE ME EXPLICO QUE LO HE LEIDO, O LA HA TENIDO READTO MÍ, QUE LOS ESPACIOS EN BLANCO SE HAN LLENO DE, Y QUE ENTIENDO SU CONTENIDO.

SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE MI CONDICION, FORMAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO / DIAGNOSTICO, LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE UTILIZARAN, Y LOS RIESGOS Y PELIGROS INVOLUCRADOS, Y TENGO LA INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA DAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PACIENTE / PADRE / TUTOR LEGAL FIRMA

FECHA

TIEMPO

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

TIEMPO

PERFIL DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

correo electrónico: _____

EMAIL: _____

Patient ID#: _____ Sexo: [] M [] F

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social #: _____

Estado Civil: [] Casado [] Soltero

Medico de referencia: _____

Medico de atención primaria: _____

EMPLEO DEL PACIENTE

[] Empleados [] Retirado [] Sin empleo

Empleador: _____

Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Nombre Y Teléfono)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

PARTE RESPONSIBLE (Deben completar si es parte responsable que no sea asegurado o del paciente.)

[] Igual que el paciente [] Igual que el Asegurado

Nombre: _____

dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Licencia De Conducir# _____ Estado _____

Relación con el Paciente: _____

Empleador: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social #: _____

SEGURO DE PRIMARIA (debe completar en su totalidad para que podamos presentar ante su seguro.)

Nombre del Asegurado: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Seguro del teléfono#: _____

Seguros ID #: _____

Relación con el Paciente: _____

Asegurado SS#: _____

grupo de políticas #: _____

Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

ES EL PACIENTE CUBIERTOS POR CUALQUIER OTRO SEGURO? SI / NO (EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE A CONTINUACIÓN.)

SEGURO DE SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Seguro del teléfono#: _____

Seguros ID #: _____

Relación con el Paciente: _____

Asegurado SS#: _____

grupo de políticas #: _____

Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que este formulario debe ser completado en su totalidad. Entiendo que si la totalidad de la información anterior no se complete, una demanda no puede ser capaz de ser presentado a mi compañía de seguros; por lo tanto, me hace plenamente responsable de los gastos incurridos.

Por favor, díganos cómo se refirieron a nuestra oficina: ___ amigo ___ doctor ___ ubicación ___ internet ___ seguro ___ otro: _____

Firma del paciente o del partido Responsable: _____ Date: _____