

## EN EL SITIO RADIÓLOGO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha:	Referencia Physician / clínica:		
<b>INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE</b>			
Nombre del paciente:		SSN:	FECHA DE NACIMIENTO: <span style="float: right;">Sexo:</span>
Dirección de calle:		Ciudad:	Estado:
Código postal:	Teléfono celular:	Teléfono de casa:	
Ocupación:	Empleador:	Empleador teléfono no.: (    )	
Referido por:			

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO</b>				
(Indique su tarjeta del seguro a la recepcionista.)				
Responsable de proyecto de ley	FECHA DE NACIMIENTO:	Dirección (si es diferente):	Inicio teléfono no.: (    )	
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Principal compañía de seguros:	Empleador:	Dirección del empleador::	Empleador teléfono no.: (    )	
¿Este paciente es cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uno mismo-pagar				
Principal compañía de seguros:			Nombre del suscriptor:	
Suscriptor de S.S. no.:	FECHA DE NACIMIENTO:	Grupo no	Política no.:	Pago:\$
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros				
Nombre de la secundario seguro (si aplica):	Nombre del suscriptor:	Group no:	Policy no:	
Relación del paciente con el suscriptor <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros				

<b>INFORMACIÓN FISCAL</b>	
Nombre:	Teléfono:
Tipo de accidente:	Fecha del accidente:

<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre del familiar o amigo local (no en la misma dirección):	Relación con el paciente	Teléfono celular no.: (    )	Inicio teléfono no.: (    )
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro pagaré beneficios directamente al radiólogo en el sitio. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Yo también autorizo a RADIÓLOGO o compañía de seguros, a cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.			
_____ <i>Firma del paciente o tutor</i>		_____ <i>Fecha</i>	

# Historia del paciente y MRI proyección de seguridad

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_

**⚠ Por favor retire todos los objetos metálicos de su cuerpo y su ropa antes de entrar en el área de CT y MRI. Ej: Aretes, llaves, pinzas de pelo, horquillas, pernos de seguridad, reloj, joyas, etcetera.). Esta información fue dada por vía oral al paciente en este momento de este procedimiento.**

**⚠ Atención: MRI de pacientes y familiares que acompañan: el Sr. sala contiene un imán muy fuerte. Antes de que se les permite entrar, debemos saber si tiene metal en su cuerpo. Algunos metal objetos puede incluso ser peligroso o interferir con su exploración, así que por favor la respuesta las siguientes preguntas cuidadosamente.**

## TIENE ALGUNO DE ESTOS ELEMENTOS EN SU CUERPO?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marcapasos, cables de marcapasos o desfibrilador
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Marcapasos, cables de marcapasos o desfibrilador
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Marcapasos, cables de marcapasos o desfibrilador

**⚠ Si usted dijo sí a cualquiera de los anteriores, no se puede tener un MRI**

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Implante de oído	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Implante de ojo
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tatuaje de párpado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bomba de infusión
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Balas, postas o balines	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Miembro artificial o articulación
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Metralla o fragmentos de metal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Implante magnético en cualquier lugar
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Metralla o fragmentos de metal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	De la desviación
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diafragma o dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bobina, filtro o alambre en los vasos sanguíneos
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diafragma o dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dentaduras postizas, retenedores o apoyos
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diafragma o dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hardware ortopédico (placas, tornillos, pernos, varillas, alambres)

Por la presente certifico que he leído y entendido las preguntas en este cuestionario y que las respuestas anteriores son correctas al mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad de informar a los empleados en el sitio radiólogo de cualquier fragmentos de metal y los aparatos que pueden estar en mi cuerpo y que de no hacerlo puede causar lesiones corporales graves o la vida mortal. De acuerdo en que debería tener cualquier metal en cuerpo y después de consultar con un médico, decide de continuar con el procedimiento MRI que estoy de acuerdo en liberar a radiólogo en el sitio de toda responsabilidad por cualquier lesión.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Por favor, desalentar al paciente de usar delineador de ojos, sombra de ojos, lociones y polvo del cuerpo que pueda contener escamas metálicas. Estos productos pueden causar leves quemaduras en el cuerpo durante el procedimiento MRI**

**EN EL SITIO RADIÓLOGO**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**PACIENTE ACUSE DE RECIBO**

Reconozco que estaba provisto con una copia del aviso de radiólogo de prácticas de privacidad en el sitio. Entiendo que si se realizan cambios a este aviso de prácticas de privacidad, se publicará una copia revisada del aviso en las oficinas de RADIÓLOGO en el sitio. También entiendo que si deseo recibir copias adicionales de este aviso de prácticas de privacidad en el futuro o si tengo alguna duda con respecto a este aviso de prácticas de privacidad, puede contactar con oficial de privacidad

En el sitio radiólogo 3547 Peachtree Industrial Blvd. Duluth GA 30097  
Teléfono: 770-299-1332 / 770-299-1344  
Fax: 770-741-0097

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

\_\_\_\_\_

NOMBRE EN IMPRENTA

Si completado por el representante personal del paciente, por favor imprimir y firmar su nombre en el espacio de abajo

\_\_\_\_\_

Firma representante personal

Fecha

\_\_\_\_\_

Relationship

**En el sitio RADIÓLOGO sólo para uso**

Complete esta sección si este formulario no es firmado y fechado por el paciente o representante personal del paciente

Han hecho un esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento escrito de la recepción del aviso de radiólogo de prácticas de privacidad en el sitio, pero no pudo por la siguiente razón

- Paciente se negó a firmar
- Paciente no puede firmar
- Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del empleado

Fecha

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE EMBARAZO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DURANTE EL EMBARAZO**

Este consentimiento es para informarle el procedimiento de la proyección de imagen de resonancia magnética (MRI) tiene hoy un riesgo posible para su hijo nonato de feto. Firmando esto usted da su consentimiento para entender toda la información a continuación y ha pedido a todas las preguntas necesarias para entender los riesgos asociados con el procedimiento.

Hasta la fecha, no hay ningún informe de lesiones a los niños que experimentaron a Sr. proyección de imagen antes del nacimiento. Mientras que el número de pacientes analizados durante el embarazo es pequeño, con un seguimiento limitado, en los últimos años, numerosos pacientes embarazadas han experimentado MRI sin efectos dañinos. Sr. proyección de imagen de pacientes embarazadas se realiza cuando el médico ha decidido que las ventajas de la RM superan los riesgos potenciales.

Me \_\_\_\_\_ leído la advertencia anterior y comprender los posibles efectos nocivos a mi feto nonato. Doy mi consentimiento para que este procedimiento MRI como prescrito por mi médico. Reconozco que me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que todas las preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Por otra parte, entiendo perfectamente que puedo negarme a tener este procedimiento MRI realizado conmigo sin compromiso a domicilio radiólogo, llc. o cualquiera de sus subsidiarias. Además, entiendo que puedo dejar este procedimiento MRI en cualquier momento durante su proceso de.

Además, estoy totalmente de acuerdo que los riesgos descritos son los riesgos que estoy dispuesto a aceptar. También, estoy de acuerdo que llevará a cabo inofensivo radiólogo en el sitio, llc y cualquiera de sus subsidiarias, los propietarios, y empleados, o mi feto, experimenta efectos negativos de este procedimiento de RMN.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la persona dando consentimiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo consentimiento

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Tecnólogo

\_\_\_\_\_  
Fecha