

MRN: _____ DATE/日期: _____
Name/名字: _____
DOB/出生日期: _____ AGE/年龄: _____ GENDER/性别: _____
ADDRESS/地址: _____
CITY/市名: _____ STATE/州名: _____ ZIP/邮编: _____
PHONE/电话号码: _____ CELL PHONE/手机号码: _____
REFERRING PHYSICIAN/转诊医生: _____

Your MRI Procedure /您的MRI检查程序

我们可能会要求您换上医院的检查专用衣服。您将取出您的钱包，摘下手表，珠宝首饰和您身上任何穿体饰品。

摘下所有在你身体上的金属，包括安全别针，耳环，项链，手镯，眼镜，发夹。我们可能还要您需要取出假牙，摘下助听器，胸罩或带金属纽扣的衣物。

根据不同类型的图像，为了得到对比，您可能开始要做一个静脉注射。如果您的医生要求有对比，你的护士或技师将进一步给您解释。

您将进入一间磁室间，躺在一张将划进一个大圆筒的台子上。尽管你会听到重复的机器似噪音，你不会有什么异常感觉。在30-60分钟内的各种时间间断里，您将被要求静躺着保持本体不动。您的任何动作可能会影响图像质量。如果图像质量有影响，有关程序就需要重复做。

在您的体检过程中您将能够与技师通过对讲机交流。您的技师会在检查过程的各个阶段中告诉您会发生的每一步。

在所有的图像经过计算机处理和放射科医师仔细审查过后，该报告结果通常将在2-3个工作日之内发给到您的医生手里。

Insurance Consents

医疗保险乘诺

I authorize the release of any medical information necessary to process this claim or claims for additional service during this calendar year.

I understand that I am responsible for all co-payments, deductibles and annual out of pocket cost that my policy may require.

I authorize payments of medical benefits to Sharp and Children's MRI Center, LLC EIN 33-0322955, for services described above and all other during this calendar year.

我授权发布任何必要的本人医疗情况来办理在本年度这一医疗保险索赔或附加医疗服务的索赔。

我懂得我负责所有自付额，自付扣除金和我医疗保险每年要求本人自负担部分。

我授权我的医疗保险支付 Sharp and Children's MRI Center, 公司的 EIN 33-052955 在本日历年度的上文所述的医疗服务以及所有其他在本日历年度的医疗服务。

签名: _____
Signature:

日期: _____
Date: