



MRI Center LLC
Центр Магнитно-Резонансной Томографии

MRN/Номер медицинской карты: _____ Date/Дата: _____
Name/Фамилия и имя пациента: _____
DOB/Дата рождения: _____ Age/Возраст: _____
Gender/Пол: Male/Мужчина Female/Женщина
Address/Адрес: _____
City/Город: _____ State/Штат: _____ Zip/Индекс: _____
Phone/Телефон: _____ Cell/Сотовый телефон: _____
Referring Physician/Направляющий Врач: _____

Your MRI Procedure / Процедура Магнитно-Резонансной Томографии (МРТ)

Вас могут попросить надеть больничное платье во время процедуры. Вы будете должны снять часы, ювелирные изделия, металлический пирсинг и убрать кошелек.

Снимите все металлические предметы с вашего тела включая шпильки, заколки, сережки, ожерелья, браслеты, очки. Вас также могут попросить снять зубные протезы, слуховые аппараты, и любую одежду с металлическим крепежом.

В зависимости от типа МРТ, некоторые МРТ может потребовать, чтобы пациент проглотил контрастный материал или получил инъекцию контрастного вещества в вену. Если ваш врач предпишет контрастное вещество, то это вам будет объяснено дополнительно вашей медсестрой или рентген технологом.

Вас проведут в комнату МРТ и помогут принять горизонтальное положение на столе, который заскользит в большой цилиндр. Хотя вы будете слышать повторяющийся механический звук, вы не будете чувствовать себя дискомфортно. Рентген технолог будет просить вас лежать неподвижно в определённые моменты процедуры которая займёт 30-60 минут. Любое движение, которое вы делаете, может повлиять на качество изображения и возможно потребуются повторение снимка.

Вы будете иметь возможность общаться с технологом через селекторную связь в течение всей процедуры. Ваш рентген технолог будет объяснять вам что происходит в течение различных фаз процедуры.

После того, как все изображения будут обработаны компьютером и тщательно рассмотрены Радиологом, результаты будут переданы вашему врачу, обычно в пределах 2-3 рабочих дней.

Я прочитал(а) вышеупомянутую информацию и имел(а) возможность задать вопросы. Подпись _____



Insurance Consents / Страхование Соглашение

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 payment of medical benefits to Sharp and Children's MRI Center, LLC EIN 33-052955, for services described above and all other during this calendar year.

Я разрешаю использование любой медицинской информации необходимой для выполнения поставленных требований или требования к дополнительному обслуживанию в течение этого календарного года.

Я понимаю, что я являюсь ответственным(ой) за все при-платежи, вычеты и ежегодные стоимости "из карманна", которые может потребовать моя страховка.

Я разрешаю оплату медицинских пособий Sharp and Children's MRI Center, LLC EIN 33-052955, для услуг описанных выше и всех других в течение этого календарного года.

Notice to Consumer / Уведомление Потребителю

Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov

Медицинские доктора лицензированы и регулируются Медицинским Правлением Калифорнии (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov

Signature/Подпись _____ Date/ Дата: _____

Name/Фамилия и имя пациента: _____

MRN/Номер истории болезни: _____

Screening questions / Вопросы предварительного осмотра

- Yes No** Do you have a pacemaker, defibrillator or aneurysm clips?
 Да Нет **Вы имеете кардиостимулятор, дефибриллятор или скрепки аневризмы?**
 Have you ever had a metal injury to your eyes or metal shavings /splinters in your eyes?
 Да Нет **Была ли у вас когда либо травма связанная с попаданием металлических осколков в глаза?**
 Are you pregnant or is there a possibility that you may be pregnant?
 Да Нет **Вы беременны или есть ли возможность, что вы можете быть беременны?**
 Do you have a history of asthma, allergic reactions and/or a reaction to gadolinium?
 Да Нет **Вы имеете астму, аллергические реакции или реакцию на Гадолиний?**
 Do you have any allergies to medication? List: _____
 Да Нет **Вы имеете какие-нибудь аллергии на медикаменты? Список _____**
 Do you have a history of renal (kidney) disease?
 Да Нет **Вы имеете историю почечной (почки) болезни?**
 Do you have a history of hypertension?
 Да Нет **Страдаете ли вы Гипертонией?**
 Are you Claustrophobic?
 Да Нет **Страдаете ли вы Клаустрофобией?**

What is your weight?
 Каков ваш вес? _____

Do you have any of the following? / Есть ли у вас ниже упомянутые?

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|------------------------------------|
| Yes No | Pacemaker or Pacer Wires | Yes No | Eyelid Spring or Wire |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Кардиостимулятор | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Металлические подтяжки века |
| | Aneurysm Clips | | Radiation Seeds |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Скрепки аневризмы | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Лучевые семена |
| | Heart Valve Prosthesis | | Cochlear, Otologic Ear Implant |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Протез сердечного клапана | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Кохлеарный (EAR) имплантат |
| | Defibrillator | | Transdermal Patch |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Дефибриллятор | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Трансдермальный пластырь |
| | Internal Electrodes or Wires | | Insulin or Infusion Pump |

Да Нет Имплантированные электроды или скрерки

Да Нет Аппарат инфузии инсулина



- | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Имплантированный электронный аппарат | Electronic implant or device | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Расширитель тканей грудной клетки | Breast Tissue Expander |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Шунт (спинной или внутри желудочка) | Shunt (spinal or intraventricular) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Зубные протезы или пластины | Dentures or Partial Plates |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Протез (глаз, половой орган, конечность) | Prosthesis (Eye, Penile, Limb) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Замена сустава | Joint Replacement |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Swan-Ganz или термический катетор | Swan-Ganz or Thermodilution Catheter | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Слуховые аппараты | Hearing Aids |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Внутрематочная спираль, диафрагма | IUD, Diaphragm or Pessary | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Симуляторы роста кости | Bone Growth/Bone fusion Stimulators |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Шифты, винты, пластины в кости/ суставах | Bone/Joint pin, Screw, Nail, Wire, Plate | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Имплантированный венный порт | Port a Cath |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Металлический стент, фильтр или прокладка | Metallic Stent, Filter, Coil or Metal Mesh | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Металлические украшения тела | Body Piercing Jewelry |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Татуировки или перманентная косметика | Tattoo or Permanent Make Up | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Любой металлический фрагмент | Any Metallic Fragment |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Магнитно активизированные импланты | Magnetically Activated Implants | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Хирургические скобки, скрепки, металлические швы | Surgical Staples, Clips, Metallic Sutures | | | |

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and had the opportunity to ask question regarding the information on this form and regarding the MRI procedure(s) I am about to undergo.

Я засвидетельствовал(а), что вышеупомянутая информация правильна. Я прочитал(а) и понимаю содержание этой анкеты и имел(а) возможность задать вопросы относительно информации в этой анкете и относительно процедур(ы) MRI.

Signature/Подпись: _____ Date/Дата: _____



Notice of Privacy

I hereby acknowledge receipt of Sharp and Children's MRI (scMRI) Center's Notice of Privacy which describes the ways in which scMRI may use and disclose my protected health information and describes my rights as a patient of scMRI with regard to that information.

Уведомление о Приватности

Я тем самым подтверждаю получение уведомления о приватности от Sharp and Children's MRI (scMRI) Center's, которое описывает возможности с которыми scMRI может использовать и раскрывать мою защищенную информацию о здоровье и описывает мои права как пациента scMRI относительно этой информации.

Signature/Подпись: _____ Date/Дата: _____