

Name/Pangalan: \_\_\_\_\_

MRN/Numero ng Historya Medical \_\_\_\_\_

### Screening Questions

- Yes  No      Do you have a **pacemaker, defibrillator or aneurysm clips**?
- Oo  Hindi      Mayroon ka ba ng aparato tagapagpantay ng tulin ng takbo ng puso?
- Oo  Hindi      Have you ever had a metal injury to your eyes or metal shavings /splinters in your eyes?
- Oo  Hindi      Nagkaroon ka ba ng metal na pumasok sa iyong mata?
- Oo  Hindi      Are you pregnant or is there a possibility that you may be pregnant?
- Oo  Hindi      Ikaw ba ay buntis o bakasakaling buntas ka?
- Oo  Hindi      Do you have a history of asthma, allergic reactions and or a reaction to gadolinium?
- Oo  Hindi      May istorya ka ba ng hika, kontra sa anomang bagay o contra sa gadolinium?
- Oo  Hindi      Do you have any medication allergies? List; \_\_\_\_\_
- Oo  Hindi      Mayroon ka bang kontra sa mga gamot? Ilistá? \_\_\_\_\_
- Oo  Hindi      Do you have a history of renal (kidney) disease?
- Oo  Hindi      Mayroon ka bang istorya ng sakit sa bató?
- Oo  Hindi      Do you have a history of hypertension?
- Oo  Hindi      Mayroon ka bang istorya ng alta presyón?
- Oo  Hindi      Are you Claustrophobic?
- Oo  Hindi      Nahihirapan ka ba sa nakakulong na lugar o nakakulob?

What is your weight?  
Ano ang iyong timbang?

### Do you have any of the following?

- |  |  |  |                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   | Pacemaker or Pacer Wires                         | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   | Heart Valve Prosthesis            |
| <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Alambre ng Pacer o Aparato sa Pusô               | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Protesis ng Balbula ng Pusô.      |
| <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Aneurysm Clips                                   | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Eyelid Spring or Wire             |
|  | Klip sa Anurismo                                 |  | Alambre sa Talukap ng Mata.       |
| <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Defibrillator                                    | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Electronic Implant or Device.     |
|  | Aparato sa Tagapagtakâ sa Tamang Tulin sa pusô   |  | Gamit na Electronico na Nakataním |
| <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Internal electrodes or wires                     | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Shunt Spinal or Intraventricular  |
|  | Nakataním na Alambre                             |  | Aparato na Pandugtong ng Benas    |
| <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Bone Growth/Bone Fusion Stimulators              | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Radiation Seeds                   |
|  | Patubo o Dinagdag na Butó na may Nagpapakiramdam |  | Bato ng Radasyon                  |
| <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Cochlear, Otologic Ear Implant                   | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Transdermal Patch                 |
|  | Punla sa Tainga                                  |  | Tapal sa Balat                    |

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Insulin or Infusion Pump	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Breast Tissue Expander
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Insulina o bomba	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Latid sa Susu na Pinalalaki
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Swan-Ganz or Thermodilution Catheter	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Joint Replacement
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Swan-Ganz Kateter	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Pinagpalit na Kasukasuan
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	IUD, Diaphragm or Pessary	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Dentures or Partial Plates
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Gamit na Pagpipigil Magkaanak	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Postiso o Kahati ng Postiso
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Prosthesis (Eye, Penile, Limb)	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Tattoo or Permanent Make-up
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Prostesis (matá, arí, kamay, paá)	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Tatú o Permantang Gamit Likhâ
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Any Metallic Fragment	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Body Piercing Jewelry
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Pirasong Metal	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Alahas na pinatusok
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Surgical Staples, Clips, Metallic Sutures	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Hearing aids
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Staple sa Operasyon, Klip, Pananahî na Metál	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Makinang Pampadiníg
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Bone/Joint pin, Screw, Nail, Wire, Plate	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Metallic Stent, Filter, Coil or Metal Mesh
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Buto kasukasuan, Tornilyó, Pacô, Alambre, Plato	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Piltrong metál, Pinagdudugtong ng Benas, Salaan
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Magnetically Activated Implants		
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Itinanim na Apectado ng Batubalani		

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.

Ang mga naka salaysay sa itaas sa aking buong kaalaman ay totoo at hindi kasinungalingan. Nabasa ko at naiintidihan ko lahat ng nakasulat dito at nagkaroon ako ng pagkakataong magtanong ng ano mang bagay na hindi ko naiintidihan tungkol sa porma na ito na tungkol sa MRI procedure na aking gagawain.

Signature/Pirma: \_\_\_\_\_ Date/Petsa: \_\_\_\_\_

### **Notice of Privacy / Payo ng Pangसारili**

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.

Signature/Pirma: \_\_\_\_\_ Date/Petsa: \_\_\_\_\_

Nagpapatunay na nakatanggap ako galing sa Sharp and Children's MRI (SCMRI) Center's ng abiso ng pang privado na nagsasaad sa ano mang paraan maaring gamitan ang MRI na ito. Maaring nilang ipagsabi ang aking protected health information at ito din ay nagsasalaysay ng aking mga karapatan bilang pasyente ng scMRI.

Signature/Pirma: \_\_\_\_\_ Date/Petsa: \_\_\_\_\_



MRN/Numero ng Historya Medical \_\_\_\_\_ Date/Petsa: \_\_\_\_\_  
Name/Pangalan: \_\_\_\_\_  
DOB/Kasilangan: \_\_\_\_\_ Age/Gulang: \_\_\_\_\_ Gender/Kasarian: L B  
Address/Tirahan: \_\_\_\_\_  
City/Lunsod: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Phone/Telépono: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Referring Physician/Nagpapakilalang Manggagamot: \_\_\_\_\_

**Your MRI Procedure/Ang Proceso ng Gunita na Batubalaning Dagundong:**

Maaaring patangalín ka ng damít at ipagpalít sa kasuotan na ibibigay ng ospital. Kinakailangan tanggalín mo lahat ng iyong alahas, ang pitaka at mga patusok sa katawan.

Kailangan tanggalín lahat ng metal sa iyong katawan, kasakup ang manga imperdible, hikaw, at kwintas.

Depende sa tipo ng larawan na kukunin, maaaring bigyán ka nang suero upang magkaroon ng kaibahan kung ito ang hiningi ng iyong manggagamot, narse o teknologo.

Papasok ka sa magnet room (batubalanî) at hihigâ ka sa kama na dumudulas na papasok sa isang malaking cilindro. Wala kang mararamdaman ngunit mayroon kang tunog na maririnig na paulit-ulit. Pahihigain kang walang galaw sa panahon na 30-60 minutos. Kapag gumalaw ka maaaring mapag-iba ang pagtatapos at kakailanganin ulitin.

Makakausap mo ang teknologo sa micropono habang ang examen. Bibigyan ka ng payo ng teknologo.

Pagtapos na ang resulta, pinasok sa computer at inaral ng radiologo, ang kaalamàn ay ibibigay sa iyong manggagamot pagkatapos ng dalawa o tatlong araw ng trabaho.

**Insurance Consents / Pahintulot sa Siguro:**

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.

Notice to Consumer

Pagbibilin sa Pasyente

Ang mga manggaganot ay lisensyado at sunusunod sa batas ng Medical Board ng California. (800)633-2322, [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov) <<http://www.mbc.ca.gov>

Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California.  
(800)633-2322, [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)<<http://www.mbc.ca.gov>>

during this calendar year.

Binibigyan ko ng kapangyarihan na ibigay ang kaalaman medico na kinakailangan ng seguro o para sa ibang kailanganin sa serbisyo habang itong taón.

Nauunawaan ko na akó ay responsable sa lahat ng aking parte na bayad na hinihingi ng aking polisa. Binibigyan ko ng kapangyarihan na bayarin ng medical benefits ko sa Sharp and Children's MRI Center, LLC EIN 33-052955, sa serbisyonang ito atang mga dadating pa sa taón na ito.

Signature/Pirma \_\_\_\_\_ Date/Petsa: \_\_\_\_\_