

Sharp and Children's
MRI Center llc
Imagen Avanzada de Resonancia Magnética

MRN/Número de expediente médico _____
Date/Fecha _____ Name/Nombre _____
DOB/Fecha de nacimiento _____ Age/Edad _____ Wt./Peso _____ Gender/Sexo F M
Address/Dirección _____
City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____
Phone/Teléfono _____ Cell Ph/Tel.Celular _____
Referring Physician/Médico de Cabecera _____

Your MRI Procedure/Procedimiento para su MRI

Puede ser que se le pida usar una bata de hospital. Necesitará quitarse la cartera, el reloj, anillos o adornos metálicos que tenga en su cuerpo y sus joyas.

Quítese todo el metal de su cuerpo, incluyendo ganchitos de seguridad, aretes, collares, pulseras, lentes y pasadores. Puede ser que se le pida sacarse las dentaduras postizas, audífonos para sordera, brasieres o ropa con broches metálicos.

Dependiendo del tipo de imágenes que se tomen, puede ser que se le ponga una intravenosa para recibir el líquido de contraste. Si su doctor ha ordenado el contraste, se lo explicará con mayor detalle su enfermera o el técnico.

Usted entrará en un cuarto magnético y se acostará dentro de un cilindro grande. Aunque escuchará un ruido repetitivo como de máquina, no sentirá nada anormal. Le pediremos que se acueste muy quieto por varios intervalos de tiempo durante un período de 30 a 60 minutos. Cualquier movimiento que usted haga puede afectar la calidad de la imagen y necesitar repetir esa secuencia.

Usted podrá comunicarse con el técnico durante su examen mediante un sistema de intercomunicación. Su técnico le dirá lo que está sucediendo durante varias fases del examen.

Después de que todas las imágenes sean computadas, procesadas y revisadas cuidadosamente por el Radiólogo, el reporte será enviado a su doctor, normalmente dentro de dos a tres días hábiles.

Insurance Consent/Autorizaciones de Seguro

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.

Autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo o reclamos para servicio adicional durante este año calendario.

Comprendo que soy responsable por todos los deducibles y el resto de los costos anuales que están estipulados en mi póliza.

Autorizo el pago de beneficios médicos a Sharp & Children's MRI Center, LLC EIN 33-052955, por los servicios arriba mencionados y todos los demás durante este año calendario.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

Sharp and Children's
MRI Center LLC
Imagen Avanzada de Resonancia Magnética

Name/Nombre: _____

MRN: _____

Screening Questions/Preguntas para el examen

- Yes** **No** Do you have a **pacemaker, defibrillator or aneurysm clips?**
 Sí **No** **Tiene marcapasos, defibrilador o grapas de aneurisma?**
Have you ever had a metal injury to your eyes or metal shavings /splinters in your eyes?
 Sí **No** **Ha tenido alguna vez una herida con rebabas o astillas de metal en sus ojos?**
Are you pregnant or is there a possibility that you may be pregnant?
 Sí **No** **Está embarazada o hay la posibilidad de que esté embarazada?**
Do you have a history of asthma, allergic reactions and or a reaction to gadolinium?
 Sí **No** **Tiene historia de asma, reacción alérgica o reacción a gadolinio?**
Do you have any medication allergies? List: _____
 Sí **No** **Tiene alergias a alguna medicina? Explique:** _____
Do you have a history of renal (kidney) disease?
 Sí **No** **Tiene historia de enfermedad renal (de riñones)?**
Do you have a history of hypertension?
 Sí **No** **Tiene historia de hipertensión?**
Are you Claustrophobic?
 Sí **No** **Tiene claustrofobia?**

Do you have any of the following?/Tiene usted algo de lo siguiente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pacemaker or Pacer Wires
Marcapasos o Cables Marcadores
Aneurysm Clips | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Heart Valve Prosthesis
Prótesis de válvula cardiaca
Eyelid Spring or Wire |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grapas de aneurisma
Defibrillator | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resorte o cable en párpados
Electronic implant or device |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desfibrilador
Internal Electrodes or Wires | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante o aparato electrónico
Shunt (spinal or intraventricular) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cables o electrodos internos

Bone Growth/Bone fusion Stimulators | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desviación(espinal o intraventricular)
Radiation Seeds |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estimuladores para crecimiento o fusión de huesos
Cochlear, Otologic Ear Implant | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Partículas de radiación

Transdermal Patch |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante otológico,cochlear en el oído
Insulin or Infusion Pump | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parche transdermal

Breast Tissue Expander |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Insulina o bomba de infusión
Swan-Ganz or Thermodilution Catheter | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dilatador de tejido de senos
Joint Replacement |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cateter termodilutorio o Swan-Ganz
IUD, Diaphragm or Pessary | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reemplazo de articulación
Dentures or Partial Plates |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No IUD, diafragma o pesario | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dentaduras o placas parciales |

Yes No Prosthesis (Eye, Penile, Limb)
 Sí No **Prótesis (ojo, pene, extremidad)**

Sí No Any Metallic Fragment
 Sí No **Cualquier fragmento metálico**

Sí No Surgical Staples, Clips, Metallic Sutures
 Sí No **Grapas quirúrgicas, pinzas o suturas metálicas**

Sí No Bone/Joint pin, Screw, Nail, Wire, Plate
 Sí No **Placa, cable, tornillo o clavo orto pédicos en hueso or articulación**

Sí No Magnetically Activated Implants
 Sí No **Implantes magnéticamente Activados**

Yes No Tattoo or Permanent Make Up
 Sí No **Tatuajes o maquillaje permanente**

Sí No Body Piercing Jewelry
 Sí No **Perforaciones para jollería en el cuerpo**

Sí No Hearing Aids
 Sí No **Aparatos para sordera**
Metallic Stent, Filter, Coilr or Metal Mesh

Sí No **Férula metálica, filtro, espiral contraceptivo o malla metálica**
Port a catch

Sí No **Punta de catéter para introducir medicamentos al cuerpo**

Cuánto pesa? _____

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 questions regarding the information on this form and regarding the MRI procedure(s) I am about to undergo.

Declaro que la información arriba mencionada es correcta a mi mejor saber y entendimiento.

He leído y entiendo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas en cuanto a la información y al procedimiento de MRI al que estoy por someterme.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Notice of Privacy/Información de Privacía

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.

Con la presente, admito haber recibido la Información de Privacía de Sharp and Children's MRI (scMRI) la cual describe la manera en que scMRI puede usar y compartir mi información privada de salud y describe mis derechos como paciente de scMRI en cuanto a esa información.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Notice to Consumer/Aviso al Consumidor

Los doctores son titulados y están regulados por el Consejo Médico de California. (800)633-2322, [www.mbc.ca.gov](http://www.bmc.ca.gov)<<http://www.bmc.ca.gov>>

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____