

Date

تاریخ:

MRN

:MRN

Name

نام:

DOB تاریخ تولد: _____ Age سن: _____ Wt وزن: _____ Gender جنسیت: _____
F مونث M مذکر

Address

آدرس:

Zip

زیپ کد:

State

ایالت:

City

شهر:

Cell Phone

شماره تلفن همراه:

Phone

شماره تلفن:

Referring Physician

پزشک معرف:

Your MRI Procedure

فرآیند ام.آر.آی

ممکن است از شما خواسته شود که لباس بیمارستان بپوشید. در این صورت باید کیف پول، ساعت مچی، گوشواره و جواهرات خود را درآورید. کلیه فلزات من جمله سنجاق قفلی، گوشواره، گردن بند، دست بند، عینک، سنجاق سر را در آورید. ممکن است از شما خواسته شود که دندان مصنوعی، سمعک، سینه بند یا لباسهای دارای گیره فلزی را درآورید.

بسته به نوع عکس‌هایی که از شما گرفته می‌شود، ممکن است جهت کنتراست مایعی به بدن شما تزریق گردد. در صورتی که پزشک درخواست کنتراست نماید، این موضوع توسط پرستار یا کارشناس به شما توضیح داده خواهد شد.

شما داخل اتاق مغناطیسی شده و بر روی میزی که داخل یک سیلندر بزرگ فرستاده می‌شود دراز می‌کشید. علیرغم آنکه صدایی مانند صدای مکرر دستگاه خواهید شنید، چیزی غیرعادی احساس نخواهید نمود. از شما درخوتس خواهد شد که در طول یک مدت ۰۳ الی ۰۶ دقیقه‌ای در فواصل زمانی مختلف بی‌حرکت دراز بکشید. هر حرکتی که انجام دهید می‌تواند بر روی کیفیت تصویر تأثیر گذاشته و لازم است که این فرآیند دوباره تکرار شود.

می‌توانید در طول انجام معاینه از طریق آیفون با کارشناس صحبت کنید. کارشناس شما را در جریان مراحل مختلف معاینه قرار خواهد داد. پس از آن که تمامی عکس‌ها توسط کامپیوتر پردازش شده و به دقت توسط رادیولوژیست بررسی شد. گزارش ظرف مدت دو الی سه روز کاری به پزشک شما ارسال خواهد شد.

Initial

I have read the above information and have had an opportunity to ask questions.

اینجانب اطلاعات فوق را مطالعه کرده و فرصت پرسیدن سوالات خود را داشته‌ام. حروف اول نام و نام خانوادگی _____

Insurance Consents

رضایت نامه بیمه

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

اینجانب اجازه افشاء هرگونه اطلاعات پزشکی لازم جهت رسیدگی به این ادعا یا ادعاهای دیگر برای انجام خدمات تکمیلی در طول سال تقویمی جاری را اعطا مینمایم.

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

اینجانب به این موضوع واقف هستم که مسئولیت کلیه پرداختهای فرانشیز، کسورات و هزینههای سالیانه ای که ممکن است بیمه نامه من پرداخت آن را الزامی نموده باشد عهده دار میباشم.

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.

اینجانب اجازه پرداخت مزایای پزشکی را به مرکز ام.آر.آی Sharp و کودکان، LLC EIN 33-052955، جهت انجام خدمات فوق الذکر و هرگونه خدمات دیگر در طول سال تقویمی جاری اعطا می نمایم.

Date

Signature

تاریخ:

امضاء:

Screening Questions**سوالات غربالگری**

Do you have a pacemaker, defibrillator or aneurysm clips?	No	Yes
آیا pacemaker (دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب) ، defibrillator (دستگاه انبساط قلب) یا aneurysm clips (گیره مخصوص اتساع عروق) دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Have you ever had a metal injury to your eye or metal shavings /splinters in your eye?		
آیا تا بحال چشمان تان دچار آسیب ناشی از فلز یا براده فلز/ تراشه شده است؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Are you pregnant or is there a possibility that you may be pregnant?		
آیا باردار هستید یا امکان باردار شدن شما وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Do you have a history of asthma, allergic reactions and or a reaction to gadolinium?		
آیا سابقه آسم، آلرژی یا حساسیت به گادولینیم دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
List	Do you have any medication allergies?	
_____	آیا حساسیت به داروی خاصی دارید؟ نام ببرید:	
Do you have a history of renal (kidney) disease?		
آیا سابقه بیماری کلیوی (کلیه) دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Do you have a history of hypertension?		
آیا سابقه فشار خون بالا دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Are you Claustrophobic?		
آیا شما دچار کلاستروفوبیک هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی

Do you have any of the following?**آیا دارای یکی از موارد زیر هستید؟**

Heart Valve Prosthesis	No	Yes	Pacemaker or Pacer Wires	No	Yes
پروتز شیر قلب	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	Pacemaker (دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب) یا Pacer Wires	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Eyelid Spring or Wire			Aneurysm Clips		
Eyelid Spring or Wire (سیم یا فنر مخصوص پلک)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	Aneurysm Clips (گیره مخصوص اتساع عروق)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Electronic implant or device			Defibrillator		
ابزار یا وسایل الکترونیکی کاشت در بدن	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	Defibrillator (دستگاه انبساط قلب)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Shunt (spinal or intraventricular)			Internal Electrodes or Wires		
شنت (نخاعی یا بطنی)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	الکتروود یا سیم داخلی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Radiation Seeds			Bone Growth/Bone fusion Stimulators		
Radiation Seeds (دانه های پرتوافکن)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	تحریک کننده رشد استخوان/ جوش استخوان	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی

Transdermal Patch	No	Yes	Cochlear, Otologic Ear Implant	No	Yes
(وصله تراپوستی) Transdermal Patch	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	کاشت اوتولوژیک گوش، حلزونی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Breast Tissue Expander			Insulin or Infusion Pump		
منبسط کننده بافت پستان	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	Infusion Pump یا انسولین	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Joint Replacement			Swan-Ganz or Thermodilution Catheter		
عمل جایگزینی مفصل	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	Swan-Ganz یا Thermodilution Catheter	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Dentures or Partial Plates			IUD, Diaphragm or Pessary		
Partial Plates یا دندان مصنوعی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آی.یو.دی، دیافراگم یا Pessary (رحم بند)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Tattoo or Permanent Make Up			Prosthesis (Eye, Penile, Limb)		
خالکوبی یا آرایش دائمی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	پروتز (چشم، آلت تناسلی، اعضاء بدن)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Body Piercing Jewelry			Any Metallic Fragment		
جواهرات سوزنی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	هرگونه قطعه فلزی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Hearing Aids			Surgical Staples, Clips, Metallic Sutures		
وسایل کمک شنوایی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	گیره، بست آهنی جراحی، بخیه فلزی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
Metallic Stent, Filter, Coil or Metal Mesh			Bone/Joint pin, Screw, Nail, Wire, Plate		
استنت، فیلتر، سیم پیچ یا شبکه فلزی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	پین، پیچ، میخ، سیم، صفحه استخوان / مفصل	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
			Magnetically Activated Implants		
			وسایل کاشت فعال شونده به صورت مغناطیسی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
			Port a Cath		
			Port a Cath	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی

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.

اینجانب گواهی می‌دهم که اطلاعات فوق تا جایی که من اطلاع دارم صحیح می‌باشند. اینجانب محتویات درج شده در این فرم را مطالعه نموده و فهمیده ام و فرصت داشتم ام تا سوالات خود را در مورد اطلاعات مربوط به این فرم و مربوط به فرایند (های) ام.آر.آی که قرار است انجام دهم، بپرسم.

Date
تاریخ: _____

Signature
امضاء: _____

Notice of Privacy

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

I hereby acknowledge receipt of Sharp and Children's MRI (scMRI) Center's tice 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.

بدین وسیله اینجانب به اطلاع میرسانم که اطلاعیه حفظ حریم خصوصی مربوط به مرکز ام.آر.آی Sharp و کودکان (scMRI) را دریافت نموده ام. در این اطلاعیه روشهای مختلفی که scMRI می‌تواند از اطلاعات بهداشتی محافظت شده من استفاده کرده و آن را افشا نماید، همچنین حقوق من به عنوان بیمار scMRI در رابطه با اطلاعات ذکر شده توضیح داده شده است.

Date
تاریخ: _____

Signature
امضاء: _____