

MRN/Hồ Sơ Y Khoa: _____ Date/Ngày: _____
Name/Tên: _____
DOB/Ngày Tháng Năm Sinh: _____ Age/Tuổi: _____
Weight/Cân Nặng: _____ Gender/Nam Giới: M Nữ Giới: F
Address/Địa Chỉ: _____
City/Thành Phố: _____ State/Tiểu Bang: _____ Zip/Số Zip Code: _____
Phone/Số điện thoại nhà: _____ Cell Phone/Số điện thoại di động: _____
Referring Physician/Bác Sĩ Giới Thiệu: _____

Your MRI Procedure/Thủ Thuật Chụp Hình Cộng Hưởng Từ Tính Cho Bệnh Nhân

Quý vị sẽ được yêu cầu thay áo của bệnh viện. Quý vị cần phải tháo gỡ bóp, ví, đồng hồ và những vật gì xỏ lỗ trong thân thể có thể tháo gỡ được bao gồm cả nữ trang.

Tháo gỡ tất cả những đồ bằng kim loại trong thân thể bao gồm kim tây, bông tai, nữ trang đeo cổ, đeo tay, mắt kính, và đồ kẹp tóc. Quý vị sẽ được yêu cầu tháo gỡ bất cứ vật gì ở răng mà có thể tháo ra được, máy trợ thính, áo lót phụ nữ hoặc quần áo có đóng kim loại.

Tùy theo việc cần có bao nhiêu hình ảnh để rọi, quý vị có thể phải dùng chất cản quang để làm cho một số mô hoặc mạch máu được thấy dễ dàng hơn (một cây kim nối liền với ống truyền qua tĩnh mạch sẽ được đặt vào). Nếu chất cản quang này được yêu cầu bởi bác sĩ của quý vị thì nhân viên y tá hoặc nhân viên kỹ thuật sẽ giải thích với việc này quý vị sau đó.

Quý vị sẽ được đưa vào phòng nam châm điện và được đặt nằm trên một cái bàn có thể di chuyển và được đẩy vào một cái thùng lớn hình ống trụ. Mặc dù, quý vị sẽ nghe những tiếng động giống nhau như tiếng cửa máy móc. Quý vị sẽ cảm thấy đây là chuyện bình thường. Quý vị sẽ được yêu cầu nằm yên trong vòng 30 đến 60 phút. Nếu quý vị cử động thì hình ảnh sẽ bị mờ và quý vị sẽ được yêu cầu làm lại từ đầu.

Quý vị sẽ có thể nói chuyện với kỹ thuật viên qua việc sử dụng hệ thống truyền thông nội bộ trong suốt buổi kiểm tra. Chuyên viên y khoa của quý vị sẽ thảo luận với quý vị những gì sẽ xảy ra trong suốt quá trình xét nghiệm.

Sau khi máy vi tính hoàn tất cả công việc đã tiến hành, những hình ảnh rọi ra sẽ được xem xét kỹ lưỡng bởi bác sĩ chuyên về MRI. Bản báo cáo sẽ được gửi đến bác sĩ của quý vị trong vòng 2 đến 3 ngày.

Tôi đã đọc hết những tin tức trên đây và đã có cơ hội để hỏi những thắc mắc khi cần.



Insurance Consents/Những Thoả Thuận Về Bảo Hiểm Y Tế

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

Tôi cho phép tiết lộ bất cứ thông tin y tế nào cần thiết để tiến hành việc hoàn trả chi phí cho các dịch vụ phụ thêm trong năm theo lịch này.

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

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm để hoàn trả phần chi phí của tôi, phần khấu trừ và phí tổn hằng năm theo khế ước bảo hiểm đòi hỏi.

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.

Tôi ủy quyền trả trợ cấp bảo hiểm y tế cho Sharp và Children's MRI Center, LLC EIN 33-052955, đối với các dịch vụ nói trên và tất cả những dịch vụ khác trong năm theo lịch này.

Signature/Ký Tên _____ Date/Ngày: _____

Name/Tên Họ: _____

MRN/Hồ Sơ Y Khoa: _____

Screening Questions/Những Câu Hỏi Sơ Lược

- Yes No
 Có Không
- Do you have a pacemaker, defibrillator or aneurysm clips?
Quý vị có dùng nẹp chữa bệnh phình mạch, máy khử rung tim cấy ghép, hoặc máy điều hòa nhịp tim không?
Have you ever had a metal injury to your eyes or metal shavings /splinters in your eyes?
Quý vị có bao giờ bị thương ở mắt do vật gì hoặc mảnh vỡ bằng kim loại gây ra không? (Thí dụ : mảnh vụn kim loại, dao cạo râu, v.v...)
- Có Không
- Are you pregnant or is there a possibility that you may be pregnant?
Quý vị có mang thai hoặc đang bị trễ kinh không?
Do you have a history of asthma, allergic reactions and or a reaction to gadolinium?
Quý vị có từng mắc bệnh suyễn, phản ứng dị ứng, phản ứng với chất gây tương phản không?
- Có Không
- Do you have any medication allergies? List; _____
Quý vị có dị ứng với thuốc men không? Nếu có, xin ghi:
Do you have a history of renal (kidney) disease?
Trước đây quý vị có mắc bệnh thận không?
- Có Không
- Do you have a history of hypertension?
Trước đây quý vị có bị bệnh cao máu không?
Are you Claustrophobic?
Quý vị có mắc chứng sợ bị giam giữ không?
- Có Không

Do you have any of the following?/Quý vị có sử dụng bất kỳ dụng cụ nào dưới đây không?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Pacemaker or Pacer Wires
Các nẹp chữa bệnh phình mạch
Aneurysm Clips
Máy điều hòa nhịp tim | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Heart Valve Prosthesis
Bộ phận ghép van tim
Eyelid Spring or Wire
Dây hoặc lò xo cho mí mắt |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Defibrillator
Máy khử rung tim cấy ghép | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Electronic implant or device
Máy móc hoặc dụng cụ cấy ghép điện tử |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Internal Electrodes or Wires
Các đường dây điện hoặc điện cực bên trong | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Shunt (spinal or intraventricular)
Mắc rễ (cột sống trong tâm thất) |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Bone Growth/Bone fusion Stimulators
Phát triển Xương/Máy kích thích hợp nhất xương | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Radiation Seeds
Các chất cấy hoặc hạt phóng xạ |

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cochlear, Otologic Ear Implant	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Transdermal Patch
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Cây ốc tai hoặc dạng cây tai khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Da bị đồi mồi
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Insulin or Infusion Pump	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Breast Tissue Expander
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ống bơm truyền insulin hoặc chất khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dụng cụ làm nở mô ngực
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Swan-Ganz or Thermodilution Catheter	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Joint Replacement
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Swan-Ganz hoặc ống thông loại Thermodilution (Bơm chất làm loãng để đo nhiệt)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thay Khớp
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	IUD, Diaphragm or Pessary	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dentures or Partial Plates
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	IUD, nắp đậy cổ tử cung hoặc vòng tránh thai	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Hàm răng giả hoặc một phần răng giả
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Prosthesis (Eye, Penile, Limb)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tattoo or Permanent Make Up
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất cứ bộ phận giả nào (mắt, dương vật, chân tay)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Xâm hình hoặc trang điểm vĩnh viễn
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Any Metallic Fragment	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Body Piercing Jewelry
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất cứ mảnh kim loại hay dị vật nào	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đồ trang sức xô xuyên qua thân thể
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Surgical Staples, Clips, Metallic Sutures	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Hearing Aids
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nẹp ghim hoặc vết khâu kim loại sau khi giải phẫu	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Máy trợ thính
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bone/Joint pin, Screw, Nail, Wire, Plate	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Metallic Stent, Filter, Coil or Metal Mesh
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chốt Xương/khớp xương, đinh vít, đinh, dây, băng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nẹp kim loại, đồ lọc, vòng xoắn dây hoặc mạng lưới kim loại
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Magnetically Activated Implants		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dụng cụ truyền cấy trong cơ thể		

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.

Tôi xác nhận rằng thông tin ở trên là đúng theo sự biết nhiều nhất của tôi. Tôi đã đọc và hiểu nội dung của bảng đánh giá này và đã có cơ hội để đặt câu hỏi về thông tin trong mẫu điền này có liên quan tới thủ thuật MRI mà tôi sắp sửa tiến hành.

Signature/Ký Tên _____ Date/Ngày: _____



Notice of Privacy/Thông Báo Về Sự Riêng Tư

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.

Tôi xác nhận đã được thông báo về việc Bảo Vệ Sự Riêng Tư của Sharp và Children's MRI (scMRI) Center, trong đó có trình bày về những cách thức mà scMRI có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe kín đáo của tôi, và mô tả các quyền lợi của tôi với tư cách là bệnh nhân của scMRI về thông tin đó.

Signature/Ký Tên: _____ Date/Ngày: _____