

**Información del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

E s t a d o  C i v i l  S  C  V  D Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_

**Seguro primario (seccion necesita ser completado, si el paciente no completa seccion se cobrarán los servicios)**

Relacion del paciente al tomador:  Self  Conyuge  Hijo/a  Otro

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Tomador De Poliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_

Situación Laboral  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado  Desempleado  Estudiante

**Información de secundaria seguro/Workman Comp**

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Tomador De Poliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de lesion _____	Numero de Reclamo _____	Dirección de Reclamaciones _____
-----------------------	-------------------------	----------------------------------

**Liberación de registros medicos:** Para completar mi reclamación de seguros y tratamiento, autorizo a MRI de Arizona para liberar mis registros médicos a mi doctor(s), clínica, hospital o seguros de empresa (incluidos los programas de Gobierno) y abogado, si está representado. **Prácticas de privacidad HIPAA:** Reconozco que una copia de la notificación de prácticas de privacidad que describe cómo paciente información confidencial será utilizada, divulgada, protegida, y cómo puedo obtener acceso a esta información está disponible a mi petición. **Política financiera:** Queda asignar todos los beneficios seguros a MRI de Arizona por servicios prestados, como consecuencia de mi enfermedad o lesión. Pacientes no asegurados. Estoy de acuerdo en que yo soy responsable de pago en el momento del servicio, a menos que se han adoptado disposiciones anteriores. Deducible y coaseguro. I asumir y acepta pagar todos los copagos y deducibles aplicables. Si no se cumple mi deducible, se recopilarán pago íntegro al tiempo de servicio. Si se cumple mi deducible, mi cantidad de coaseguro se recogerán en el tiempo de servicio. Procedimientos no cubiertos. Estoy de acuerdo en pagar por todos no cubiertos servicios (preventivos o rutinarios) no pagados por mi seguro. Colecciones. Una vez que una cuenta se encuentra en estado de recopilación de todos los servicios futuros deben pagarse en plena al tiempo de servicio. Entiendo que también habrá un cheque devuelto 25.00 dólares. **Política de CD:** Como un paciente que se refiere a MRI de Arizona, entiendo que tengo derecho a un conjunto de CD gratis previa solicitud. Cada CD adicional tendra un costo de 10.00 por CD. Las imagenes estan en nuestro Sistema de 6 a 7 años con tiempo adicional si el paciente es menor de edad. **Responsabilidad paciente remisión** y tarjeta de seguro Tengo entendido durante la verificación en el proceso, si no tengo mi devolución o tarjeta de seguro será responsable de cualquier pago prestado al tiempo de servicio. También entiendo que puedo evitar este gasto por llevar mi tarjeta de remisión o seguro a mi cheque programada en el tiempo. Entiendo que puedo llamar a mi consultorio referentes y estos elementos fax a la Oficina de MRI de Arizona en 602-294-9012 antes de la hora del examen programado.

**Firma:** He leído y acepta cumplir con las políticas de MRI de Arizona.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre De Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Acct # : \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_

Physician Ordering MRI Exam: \_\_\_\_\_

Area to be Scanned: \_\_\_\_\_

Your medical information is confidential and protected by law. Accurate answers are necessary to ensure your safety and the correct interpretation of your exam.

YES NO

Do you have a **Pacemaker**, Implanted Defibrillator or Cardiac Wires  
Aneurysm Clips in the Brain  
Any Electronic, Magnetic or Mechanically activated implant or device in the body.  
Have you ever had a metallic object in the eye? (Metal Slivers, Welding Fragment, etc...)

Any Vascular Clip, Filter, Stent or Shunt  
Ear Implant, Stapes or **Cochlear Implant**  
Eye Implant or Prosthesis  
Joint Replacement, Screws, Pins, Clips  
Hearing Aid, Removable Dental Work, TENS Unit  
Body Piercings near area to be scanned. (Some exams require removal)  
Is there any other metal that may be inside your body? \_\_\_\_\_

**Females**

Have you ever had a Cancer or Tumor in the body? \_\_\_\_\_  
List any surgery you have had in the last six weeks: \_\_\_\_\_  
Have you had a MRI exam before? \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

\* If yes, was the MRI performed on the same body part we are scanning today?  Yes  No

Please list other imaging you have had *related to today's exam*: X-Ray C.T. Ultrasound Nuc Med  
List Where and When: \_\_\_\_\_

Briefly describe your symptoms; reason for today's exam: \_\_\_\_\_

Symptoms started \_\_\_\_\_ Is this the result of an injury or accident? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Have you had Surgery on the Region to be scanned? YES NO Date: \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

---

Label the location of your symptoms, or Region of Interest on this figure:

Signature of Patient/ Guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Technologist Initial: \_\_\_\_\_