

EXAMEN: \_\_\_\_\_

FECHA DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

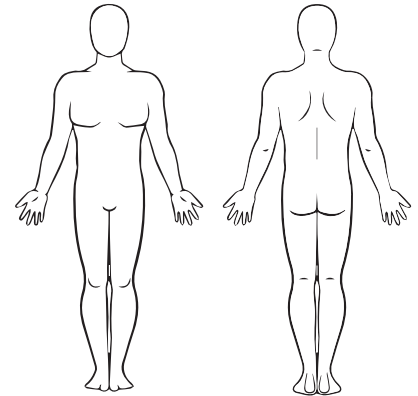
**Antes de realizar su examen de resonancia magnética (MRI), necesitamos conocer la siguiente información sobre su salud.  
Si necesita ayuda para responder alguna de estas preguntas, por favor, pida asistencia al técnico.**

¿Por qué se está realizando este escáner de resonancia magnética (MRI)? \_\_\_\_\_

Por favor, liste los exámenes anteriores realizados para este problema (por ejemplo, radiografías, tomografías computarizadas, ecografías, medicina nuclear o resonancias magnéticas previas): \_\_\_\_\_

**SÓLO PACIENTES FEMENINAS**

¿Está usted embarazada, o podría estarlo?      SI       NO   
¿Está dando de lactar?      SI       NO



Por favor, marque en el o los diagramas la ubicación de cualquier implante o metal dentro o en su cuerpo:

Por favor, marque todas las opciones que correspondan:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Clips de Aneurisma                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Puerto y/o Catéter de Acceso Vascular                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos Cardíaco                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Semillas o Implantes de Radiación                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Desfibrilador Cardioversor Implantado              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Catéter Swan-Ganz o de Termodilución                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Implante o Dispositivo Electrónico                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Parche Medicado (Nicotina, Nitroglicerina)                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Implante o Dispositivo Activado Magnéticamente     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cualquier Fragmento Metálico o Cuerpo Extraño               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Sistema de Neuroestimulación                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Implante de Malla Metálica                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Estimulador de Médula Espinal                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Expansor de Tejido (por ejemplo, en el seno)                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Electrodos o Cables Internos                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Grapas Quirúrgicas, Clips o Suturas Metálicas               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Estimulador de Crecimiento Óseo / Fusión Ósea      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Reemplazo Articular (por ejemplo, cadera, rodilla, etc.)    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Implante Coclear, Otológico u Otro en el Oído      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Clavo, Tornillo, Alambre, Placa, etc. en Hueso/Articulación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Bomba de Insulina u Otro Dispositivo de Infusión   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Dispositivo Intrauterino (DIU), Diafragma o Pesario         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Dispositivo de Infusión de Medicamentos Implantado | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Dentaduras o Placas Parciales                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Cualquier Tipo de Prótesis (Ojo, Pene, etc.)       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Tatuaje o Maquillaje Permanente                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Prótesis de Válvula Cardíaca                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Joyería de Piercing Corporal                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Resorte o Cable en el Párpado                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Audífono (Retire antes del examen)                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Extremidad Artificial o Prótesis                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Problema Respiratorio o Trastorno del Movimiento            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Stent, Filtro o Bobina Metálica                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Claustrofobia   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Derivación (Espinal o Intraventricular)            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Otro Implante: _____  |   |

**ATTESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA EN LA MEDIDA DE MI CONOCIMIENTO.**

Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) CON O SIN INYECCIÓN DE CONTRASTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, el/la abajo firmante, siendo el paciente mencionado anteriormente o representante legalmente autorizado del paciente mencionado anteriormente, por la presente consiento en la realización de procedimientos médicos de diagnóstico e imágenes en Lubbock Open Air MRI, según los términos y condiciones que se describen más detalladamente a continuación. Entiendo que tengo el derecho a ser informado(a) sobre el procedimiento de diagnóstico por imágenes que se utilizará, para que pueda

1. **Consentimiento para Procedimiento de Imágenes:**

Su médico tratante considera beneficioso que se someta a un procedimiento de imágenes diagnósticas conocido como resonancia magnética (MRI) para obtener información adicional que pueda ayudar en el diagnóstico y tratamiento de su condición médica. Se me ha explicado que la MRI no utiliza rayos X ni radiación. En su lugar, se emplea un campo magnético y ondas de radio para crear una imagen de las estructuras internas del cuerpo. La MRI es un procedimiento indoloro que solo requiere que permanezca tranquilo(a) en una mesa acolchada que lo desliza suavemente hacia el imán. Mientras el escáner realiza su estudio, escuchará algunos sonidos zumbantes y golpeteos. Estos son normales y no deben preocuparlo(a). En algunos casos, se puede inyectar un agente de contraste en una vena para obtener una imagen más clara del área examinada. El estudio de MRI puede realizarse sin la inyección de contraste, pero las imágenes pueden no ser tan útiles para el radiólogo y su médico. Informe al técnico si desea rechazar la inyección de contraste.

2. Debido al campo magnético y las frecuencias de radio, las personas con marcapasos cardíacos, clips de aneurisma cerebral y algunos dispositivos metálicos o eléctricos implantados no deben someterse a una MRI. Es importante que informe al técnico si está embarazada o cree que podría estarlo.

3. **Riesgos Potenciales:**

En cualquier momento que se administre una inyección, existe la posibilidad de que se produzcan hematomas o hinchazón en el sitio de la inyección. Ocasionalmente, se producen reacciones alérgicas leves en forma de picazón, estornudos, urticaria, hinchazón de los ojos, sibilancias o náuseas. Estos síntomas pueden requerir tratamiento con medicamentos que tenemos a mano. Raramente, puede ocurrir una reacción más grave. Un radiólogo evaluará la situación y determinará si es necesario un tratamiento médico adicional. Aunque es raro, las estadísticas médicas indican que podría producirse una fatalidad por la inyección de contraste. Si tiene anemia de células falciformes o trastorno renal, está embarazada o dando de lactar, **DEBE informar al técnico. NO DEBE DAR DE LACTAR DURANTE 24 HORAS DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DE CONTRASTE.**

4. Puede ser necesario contar con los resultados de un laboratorio sanguíneo antes de realizar este examen. Si no podemos obtener los resultados de laboratorio de su médico que no tengan más de 6 semanas de antigüedad, se requerirá realizar las pruebas de laboratorio sanguíneo antes de su examen.

5. El beneficio de este examen es ayudar a su médico a realizar un diagnóstico. Puede haber otras alternativas de imágenes, sin embargo, su médico considera que la resonancia magnética (MRI) es la mejor prueba diagnóstica para usted, después de evaluar sus síntomas y condición médica.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído completamente este consentimiento, que me lo han explicado o me lo han leído. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, otras formas de tratamiento y los procedimientos que se utilizarán, así como los riesgos y peligros involucrados. Comprendo su contenido y tengo suficiente información para otorgar este consentimiento informado.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma del Técnico: \_\_\_\_\_



**POR FAVOR IMPRIMA**

Primer Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ IN: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador Actual: \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Parte del Cuerpo que se está Escaneando:** \_\_\_\_\_

Si es resultado de una lesión, ¿dónde  SI  NO Si es así, fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Casa  Responsabilidad  Vehículo Motor  Trabajo  Deporte, Tipo: \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA (si es Menor/Estudiante)**

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

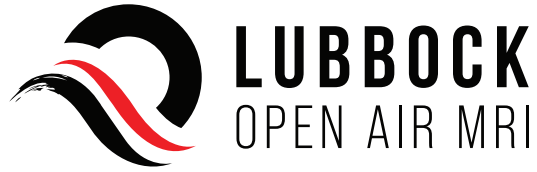
Igual al Anterior

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Dirección Comercial: \_\_\_\_\_  
Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ Número de Póliza/ID: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**\*CONTACTO DE EMERGENCIA (alguien que no vive en su hogar) \***

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que he recibido una copia y he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Lubbock Open Air MRI. Este Aviso describe cómo Lubbock Open Air MRI puede utilizar y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de atención médica y mis derechos con respecto a mi información de salud protegida.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier persona autorizada para discutir su información de salud protegida (PHI) con nuestra oficina o aquellas autorizadas para recibir copias de sus expedientes médicos. Incluya el nombre de la persona y su relación con usted. Incluya una fecha de inicio y una fecha de finalización para establecer restricciones de cualquier individuo(s).

Nombre	Relación:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin
Nombre	Relación:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin
Nombre	Relación:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin



## RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD

**Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Revíselo cuidadosamente.**

Este aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. 'Información de Salud Protegida' es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados.

### Usos y Divulgaciones de la Información de Salud Protegida

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica, para pagar sus facturas de atención médica, para respaldar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

### Tratamiento, Pago, Operaciones de Atención Médica

#### Tratamiento

Utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, si es necesario, a una agencia de atención médica domiciliar que le brinda atención. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que se le ha referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

#### Pago

Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estancia en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación de la admisión hospitalaria.

#### Operaciones de Atención Médica

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que atienden a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en la recepción donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para

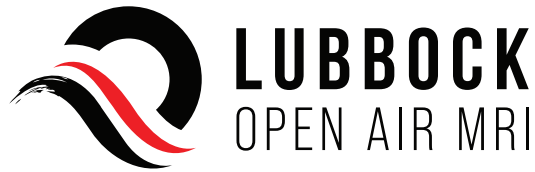
### Divulgaciones Que Pueden Realizarse Sin Su Autorización

Estas situaciones incluyen:

- Según lo Requerido por la Ley
- Asuntos de Salud Pública según lo requerido por la ley
- Enfermedades Transmisibles
- Supervisión de la Salud
- Abuso o Negligencia
- Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos
- Procedimientos Legales
- Forenses, Directores de Funerarias y Donación de Órganos
- Investigación
- Actividad Criminal
- Actividad Militar y Seguridad Nacional
- Compensación Laboral
- Reclusos
- Usos y Divulgaciones Requeridos

Bajo la ley, debemos realizar divulgaciones a usted y, cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otras Utilizaciones y Divulgaciones Permitidas y Requeridas solo se realizarán con su Consentimiento, Autorización u Oportunidad para oponerse a menos que sea requerido por la ley. Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado una acción basada en el uso o divulgación indicada en la autorización.



## Tus Derechos

A continuación se presenta una declaración de tus derechos con respecto a tu información de salud protegida.

**Tienes el derecho de inspeccionar y copiar información de salud protegida.** Sin embargo, según la ley federal, no puedes inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, e información de salud protegida sujeta a leyes que prohíben el acceso a la información de salud protegida.

**Tienes el derecho de solicitar una restricción de tu información de salud protegida.** Esto significa que puedes pedirnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de tu información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puedes solicitar que no se divulgue ninguna parte de tu información de salud protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en tu cuidado o con fines de notificación, según se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Tu solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién deseas que aplique la restricción.

Tu médico no está obligado a aceptar una restricción que puedas solicitar. Si tu médico cree que es de tu mejor interés permitir el uso y la divulgación de tu información de salud protegida, tu información de salud protegida no se restringirá. Entonces, tienes el derecho de utilizar otro Profesional de la Salud.

**Tienes el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte mediante medios alternativos o en una ubicación alternativa.** Tienes el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si has acordado aceptar este aviso de manera alternativa (es decir, electrónicamente).

**Es posible que tengas el derecho de que nuestro médico enmiende tu información de salud protegida.** Si denegamos tu solicitud de enmienda, tienes el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros, y podemos preparar una refutación a tu declaración y te proporcionaremos una copia de dicha refutación.

**Tienes el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, si las hay, de tu información de salud protegida.**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y te informaremos por correo de cualquier cambio. Entonces, tienes el derecho de objetar o retirarte según lo establecido en este aviso.

## Quejas

Puedes presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si crees que se han violado tus derechos de privacidad por nuestra parte. Puedes presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad sobre tu queja. **No tomaremos represalias en tu contra por presentar una queja.**

Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Este aviso fue publicado y entra en vigor el **14 de abril de 2003 o antes.**

## Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes

Si tienes alguna pregunta o deseas realizar una solicitud de acuerdo con los derechos descritos anteriormente, por favor, contacta a:

### **Oficial de Cumplimiento de HIPAA**

Lubbock Open Air MRI  
3720 20th Street  
Lubbock, TX 79410  
Teléfono: (806) 792-6736  
Fax: (806) 792-6748





### Asignación de Beneficios

Por la presente, cedo todos los beneficios médicos a los que pueda tener derecho, incluyendo Medicare, Seguro Privado, Responsabilidad Civil, Compensación Laboral y todos los demás planes de salud a Lubbock Open Air MRI, por los servicios proporcionados y que aún no hayan sido pagados en su totalidad.

### Liberación de Información

Por la presente, autorizo a Lubbock Open Air MRI a divulgar toda o parte de mi historial médico u otra información médica sobre mí a cualquier organización que necesite dicha información para determinar beneficios o procesar beneficios pagaderos por los servicios proporcionados.

### Política de Pagos

Entiendo que todos los cargos médicos incurridos por mí, o mis dependientes, por servicios prestados son mi responsabilidad financiera y que todas las tarifas necesarias para recoger esta cantidad son pagaderas por mí.

Los pacientes que tienen cobertura de seguro con un plan de salud para el cual su médico es un proveedor participante contratado (por ejemplo, Medicare, Compensación Laboral, Medicaid y algunos planes de cuidado administrado) son responsables del pago de cualquier deducible, copagos y servicios no cubiertos. Se presentarán reclamaciones de seguros para los pacientes.

A menos que se hayan hecho arreglos previos, los pacientes cubiertos por otros planes de salud o sin seguro son responsables del pago total en el momento del servicio.

### Responsabilidad Financiera

Soy responsable de hacer arreglos satisfactorios con respecto al pago de tarifas. Entiendo que el seguro es un contrato entre yo y mi aseguradora. **Aunque nuestra oficina puede estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que toma la determinación final de su elegibilidad y beneficios.** Por lo tanto, acepta pagar cualquier porción de los cargos no cubiertos por el seguro. Cualquier saldo de este tipo NO es responsabilidad de Lubbock Open Air MRI. **Si su deducible o copago no se ha cubierto, se requiere un pago mínimo de \$250.00 en el momento del servicio.**

**En caso de que mi compañía de seguros no realice pagos por los servicios prestados dentro de los sesenta (60) días de facturación, me volveré personalmente responsable.**

**Si esta cuenta se entrega a cobranzas, seré responsable de todos los honorarios de cobranza, costos judiciales, honorarios razonables de abogados, intereses y cualquier otro cargo relacionado con la recopilación del saldo.**

**He leído y comprendido la responsabilidad financiera de Lubbock Open Air MRI, y acepto estar sujeto a sus términos.**

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



# ATENCIÓN

Si usted o una persona que ingresa a la sala de escáner tiene un dispositivo médico implantado, debe comunicarlo verbalmente al técnico de resonancia magnética (MRI) o tomografía computarizada (CT) antes de realizarse el escaneo o ingresar a la sala de escáner.

## INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Retire todos los objetos metálicos antes de ingresar al entorno de resonancia magnética (MR) o a la sala del sistema MR, incluyendo pasadores, horquillas, ganchos para el cabello, pestañas magnéticas, audífonos y joyas \*(incluyendo piercings corporales). Los objetos metálicos sueltos están especialmente prohibidos en la sala del sistema MR y en el entorno de MR.

Consulte con el técnico de resonancia magnética (MRI) si tiene alguna otra pregunta o inquietud ANTES de ingresar a la sala del sistema MR.

Firma del paciente/padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_