

Vision Upright MRI, LLC

828 SOUTH BASCOM AVE, SUITE 110

SAN JOSE CALIFORNIA 95128-2652

TOLL FREE: 800-704-7226 | LOCAL: 408-292-7970 | FAX: 408-292-7966

www.VisionMRI.com

Patient Demographics Sheet

NUEVO PACIENTE REGRESO DE PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____

ESTADO CIVIL: CASADO(A) / DIVORCIADO(A) / SOLO(A) / VIUDO(A) / SEPARADO(A)

RASA: Caucasian (non-Hispanic) Hispanic Asian African-American Dos O Mas Disminución a la respuesta

SSN: _____ F.D.N. _____ H / M ESTATURA _____ PESO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CASA _____ CELULAR _____ TRABAJO _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

(SI DESEA QUE LE NOTIFICEN POR CORREO ELECTRÓNICO DE SUS CITAS, MARQUE AQUÍ)

SEGURO PRIMARIO: _____

ID: _____ GROUP#: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

ID: _____ GROUP#: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

MÉDICO PRIMARIO: _____

TELÉFONO: _____

FAX *(SI ESTÁ DISPONIBLE)*: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

FIRMA DE PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DE LOS PADRES SI MENOR _____



Vision Upright MRI, LLC

828 SOUTH BASCOM AVE, SUITE 110
SAN JOSE CALIFORNIA 95128-2652
TOLL FREE: 800-704-7226 | LOCAL: 408-292-7970 | FAX: 408-292-7966
www.VisionMRI.com

Paciente Cuestionario de Detección

(OFFICE USE ONLY)

Patient Name: _____

SJ

DOB: _____

Los siguientes elementos pueden interferir con las imágenes de MRI y algunos realmente pueden ser peligroso para su seguridad. Por favor conteste Sí o No:

Sí	No		Sí	No	
___	___	Marcapasos o (cables de marcapasos)	___	___	Shunts
___	___	Válvula de corazón artificial	___	___	Clips aórticos
___	___	Clips para Aneurisma cerebral	___	___	Bombas de insulina
___	___	Neurostimulators implantado o alambres de plomo(ventajosos)	___	___	Audífonos
___	___	Reemplazo de la articulación	___	___	Electrodo
___	___	Malla de metal	___	___	perforaciones con aretes
___	___	Barra de Harrington	___	___	prótesis
___	___	dentadura postiza	___	___	Stent
___	___	Shrapnel	___	___	Suturas de alambre
___	___	Implantación de Cochlear (tipo de audífono)			
___	___	Huesos fracturados tratados con barras de metal, placas, clavos, tornillos o clips.clips.			
___	___	Otro (por favor especifique): _____			

D.O.I. _____ COMP DE TRABAJO: S / N ACCIDENTE DE COCHE: S / N S: PASAJERO, CONDUCTOR, PEATÓN

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____ TELEFONO: _____

TYPE OF SCAN _____ SCAN DATE _____ CONTRAST: Y/N

REFERRING DR. _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

FILMS _____ CD _____ CD AND FILMS _____ REPORT ONLY _____ TO PATIENT _____ DELIVER _____

PRÓXIMA CITA CON EL MÉDICO _____

Yo, el abajo firmante, verifico que todas las respuestas que he proveído son verdaderas al mejor de mi conocimiento. Doy a VISION UPRIGHT MRI,LLC permiso de realizar el examen(es) solicitado por mi médico. Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria a tratar esta reclamación. Entiendo que soy responsable de todos los co-pagos, el co-seguro y los servicios juzgados "no cubierto(s)" por mi compañía de seguros (si aplicable). También autorizo el pago de beneficios médicos a VISION UPRIGH MRI, LLC para servicios dados.

Yo, el abajo firmante, desviaré el pago a VISION UPRIGHT MRI, LLC en el caso donde mi compañía de seguros me envíen el pago. He leído el susodicho y totalmente entiendo su contenido, y todas mis preguntas se han contestado.

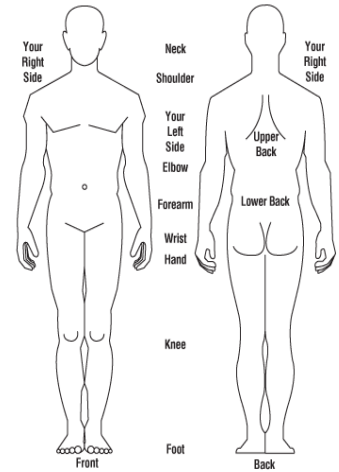
FIRMA DE PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DE LOS PADRES SI MENOR _____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

1. Por favor sombree las regiones del cuerpo asociado con sus síntomas y describa los síntomas y la causa de herida o diagnóstico, si alguno, de MD.

Describir:



Peso actual: _____

2. Cualquier **CIRUGÍAS PREVIAS** a la parte del cuerpo que estamos analizando hoy? Si es así, ¿qué hizo, qué recientemente y por qué?
3. ¿Algún ESTUDIO anterior (MRI, CT, radiografía, Ultrasonido, etc.) al **PARTE DEL CUERPO** que estamos analizando hoy? Si es así, ¿qué hizo, qué recientemente y por qué?
4. Usted es claustrofóbico? S/N
5. ¿Alguna historia de cáncer? Si sí, explique.

Tech Notes:

ACCESSION #: SJ		
OFFICE USE ONLY		
Sequence	Start	Stop
Positioning		
Recumbent		
Neutral		
Flexion		
Extension		
Lateral Bends		
Trauma Prot.		
Injection		
Post Contrast		

Patient Authorization to Use or Disclose Protected Health Information

I, _____ understand Vision Upright MRI, LLC may use or disclose my protected health information for the purpose of treatment, payment, or health care operations unless I specifically designate differently. I specifically authorize any current employee or owner of Vision Upright MRI, LLC or any other individual listed below to disclose my protected health information as described on this form to the recipients listed below. I understand that when the information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected health information. I further understand that I retain the right to revoke this authorization, if done so according to the steps set forth below.

Description of the information to be used or disclosed (*initial all that apply*).

The patient's entire medical record. Or other demographic information. Please be specific.

Or specific medical data/information. Please be specific.

MRI REPORT

List Name(s) (Family member/friend) or class of person(s) (i.e.: attorney) who would be authorized by this form to receive, use and disclose the patient's protected health information: If there is a code word or number you would like us to use to identify that person, please list. (Example: John Giles – chicky) Please write NONE if there is no one.

This authorization is to be used for our own use, and Vision Upright MRI, LLC will not condition treatment or payment on this authorization.

The patient has a right to revoke this authorization in writing at any time. If not revoked than authorization will remain for one year from the date of signing this form. In order for the revocation of this authorization to be effective, Vision Upright MRI, LLC must receive the revocation in writing. The revocation must include:

- The patient's name, address and patient number, if applicable.
- The effective date of this authorization, and the recipients of the protected health information according to this authorization.
- The patient's desire to revoke this authorization, and
- The date of the revocation, and the patient's signature.

Vision Upright MRI, LLC will accept written revocations of this authorization via:

Certified U.S. mail E-mail: visionuprightmri828@gmail.com Fax: 408-777-6317 or 408-292-7966

ALL revocations must be sent to Vision Upright MRI, LLC to the attention of the Privacy Officer, (Office Manager), and are not effective until received by the Privacy Officer.

I fully understand and accept the terms of this authorization. I also confirm that I have received the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it.

Patient's Signature

Date
