

FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre (Apellido) _____ (Primero) _____

Correo Electronico _____

Femenino / Masculino _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Peso _____ Estatura _____

Num. Seguro Social _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de casa: (____) _____ Telefono de Celular(____) _____

Estado Civil: _____

Motivo/Sintomas para el Estudio de MRI

Alguna Cirugia Anterior Relacionado con el Examen de hoy? No Si

Fecha de Cirugia _____ Tipo de Cirugia _____

MRI Anterior Relacionadas con el examen de hoy? No Si Lugar del MRI _____

Ha tenido algun problema relacionado con un MRI anterior? No Si

Ha tenido algun accidente donde algun metal le han danado los ojos? No Si

Es alergico a algun medicamento? No Si

Tiene historia de Asthma, reacciones alergicas, enfermedades Respiratorias, o alguna reaccion a contrastes/tintas usadas por MRI, CT, Rayos X? No Si

Tiene Anemia, o alguna enfermedad que afecta la sangre, higado, rinon, transplante de rinon, rinon ampliado, transplante o diabetes? No Si

Ha tenido un examen de sangre en las ultimas 6 semanas? No Si

Mujeres Solamente : Cree que pueda estar Embarazada? No Si

Informacion de Empleo

Empleo (Marque Uno): Empleado tiempo Completo Empleado tiempo parcial

Trabaja por cuenta propia

Sin Empleo

En el Ejercito

Retirado

Nombre del Empleador

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____

Num.Telefono (____) _____

Aseguranza Primaria

Aseguranza Secundario

Relacionado al Trabajo / Accidentes / Seguro de Accidentes Personales

Marque uno: Empleo Accidente de Auto Otro accidente

Fecha de Lesión: ___ / ___ / ___ Estado donde se produjo la lesión: _____

Compañía de seguros _____ Teléfono (____) _____

Dirección Reclamaciones (incluya la caja PO BOX) _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Número de Reclamación _____ Ajustador de demandas _____

Teléfono (____) _____

En su caso:

Nombre del Abogado _____ Teléfono (____) _____ Ext. _____

Dirección del Abogado _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Por la presente certifico que toda la información en este formulario de registro del paciente es verdadera y correcta

Firma del Paciente o Representante Legal

Escriba el nombre y la autoridad (si es representante legal) Fecha