

MRN # _____

REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____

Dirección / PO BOX / #de Apt / Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Femenino Masculino # Seguro Social _____

De teléfono celular _____ #de teléfono de casa _____

Nombre de su Trabajo o Escuela _____ # De teléfono de trabajo _____

Licencia (# y Estado) _____ Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Correo Electrónico _____

PERSONA DE EMERGENCIA Nombre / #de teléfono / Relación _____

Por favor responda / circule las líneas 1-5

1. Fecha del examen de hoy _____

2. ¿El examen de hoy es relacionado a un accidente de trabajo? (Work Comp.) SI NO

3. ¿El examen de hoy es relacionado con un caso de lesiones personales? SI NO

4. ¿El examen de hoy es relacionado con: ¿Accidente automovilístico? SI NO

¿Se resbaló cayó? SI NO

5. Fecha de la lesión _____ Estado donde ocurrió el accidente o lesión _____

Otro accidente / Notas _____

→ **SEGURO PRIMARIO MEDICO** _____

Nombre de la persona primaria del seguro _____ Fecha de nacimiento _____

Relación con la persona asegurada Yo mismo/a Esposo/a Hijo/a Otro _____

→ **SEGURO SECUNDARIO MEDICO** _____

Nombre de la persona secundaria del seguro _____ Fecha de nacimiento _____

Relación con la persona asegurada Yo mismo/a Esposo/a Hijo/a Otro _____

POR FAVOR, GIRE ESTA PÁGINA →

MRN # _____

AUTORIZACIONES

AUTORIZACION PARA LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS Y DISCO / PLACAS: Yo autorizo Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology liberar mis registros médicos, informes de diagnóstico o disco/imágenes a mi(s) médico(s) de referencia. Entiendo que esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito. También acepto pagar la tarifa de \$15 asociada con la copia de un segundo disco de imágenes.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS: Autorizo y dirijo a mi compañía de seguro médico, pagar directamente a este proveedor de servicios médicos cualquier beneficio debido a mí bajo mi plan de seguro. También autorizo a este proveedor a usar y liberar cualquier información médica personal para tratamientos / diagnóstico y pago (incluyendo a mi compañía de seguros). Acepto pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. Entiendo que se agregará un cargo por retraso de \$5 a cada estado de cuenta adicional generado por el saldo que permanece sin pagar después de 30 días a partir de la fecha inicial del estado de cuenta. Soy consciente de que si mi cuenta no se paga en su totalidad de 90 días a partir de la fecha del servicio, **se añadirá una tarifa adicional del 30% al saldo y se enviará directamente a una agencia de cobros y se informará a una oficina de crédito nacional.** Los cheques devueltos también se le cobrarán una tarifa de \$25. En caso de que la cuenta sea referida a un abogado para su cobro, el abajo firmante pagará los honorarios del abogado y otros gastos de cobro. SI NO ESTOY ASEGURADO, soy totalmente responsable de todos los cargos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO / DIAGNOSTICO: Autorizo al Centro de Imágenes a proporcionar el tratamiento médico necesario, o procedimientos, incluyendo rayos X de diagnóstico, anestesia local, medicamentos y suministros según lo solicite el(los) médico(s) asistente(s), sus asistencias o designados. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho ninguna garantía en cuanto al resultado del tratamiento o procedimiento de diagnóstico realizado en el Centro de Imágenes.

AUTORIZACION DE LA PARTE B de MEDICARE: Si tengo una póliza de la Parte B de Medicare, autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a ser liberado a la Administración del Seguro Social y A los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios, o al agente de facturación del Centro de Imágenes y cualquier información necesaria para esta reclamación de Medicare o relacionada. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito que se haga el pago de beneficios médicos al titular de estas asignaciones en mi nombre. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible y copago.

HIPPA: De acuerdo con las leyes y regulaciones de la ciudad, estado y federal, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology protegerá los registros de pacientes y otra información que pueda revelar la identidad de un paciente al usar o divulgar dicha información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Soy consciente de que puedo solicitar revisar la política de Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology para la privacidad del paciente.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18: Soy , _____
(Nombre IMPRESO del padre / madre o tutor legal)

El padre / La madre o tutor legal de _____
(Nombre IMPRESO del paciente menor de 18)

**He leído y entiendo el material escrito anterior con respecto
al examen(s) para la fecha de servicio de hoy.**

Paciente / tutor legal nombre IMPRESO _____

Paciente / tutor legal FIRMA _____ Fecha _____

Responsabilidad Financiera

1. Entiendo y reconozco que mis aseguradoras sólo pagan por los servicios que determiné para satisfacer sus requisitos y términos de beneficios.
2. Como ejemplos: Algunas aseguradoras requieren autorización previa para ciertos servicios. Algunas compañías de seguros tienen decisiones propias que están en desacuerdo con la necesidad médica de ciertos tratamientos, pruebas o exámenes recomendados.
3. Si mi aseguradora determina que los servicios o cualquier parte de ellos no son médicamente necesarios, o no cumplen con otros requisitos de cobertura (tales como la obtención de la autorización o la presentación de una demanda limitada en el tiempo), la aseguradora puede negar el pago por ese servicio.
4. Estoy de acuerdo que si mi aseguradora rechaza la totalidad o parte de los cargos de los proveedores por cualquier motivo, o si no soy elegible al momento del servicio, seré personalmente y totalmente responsable del pago de los cargos de los proveedores. En caso de que mi cuenta sea derivado a un abogado o agencia de colección, Estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado y los gastos. Todas las cuentas retrasadas producirán un interés del doce por ciento por año, no exceda la cantidad máxima permitida por la ley.
5. Deducciones y Co -pagos no siempre pueden predecirse en el momento del servicio, como los beneficios de los pacientes pueden cambiar a lo largo del año. Es la responsabilidad del paciente / receptor del pago de comunicarse directamente con su compañía de seguros para determinar el costo final del servicio.
6. El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entendido la información anterior, y es el paciente o la persona responsable financieramente de las necesidades de tratamiento del paciente, y está debidamente autorizado para firmar este documento.

Nombre : _____

Fecha: _____

Firma: _____

CUESTIONARIO PARA (RM)

Primer nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1) En una frase, por favor, describa cual es el problema que lo trajo a nuestra oficina este día; incluya cualquiera de los síntomas que presenta: _____

2) Ha tenido otro estudio relacionado a este problema, por favor de indicar ¿qué prueba? ¿Y qué centro?

3) Por favor indique cualquier cirugía que haya tenido: _____

4) Alguna vez le han dicho que tiene cáncer? ¿SI ¿NO

En caso afirmativo, Qué parte del cuerpo esté afectado? _____

5) Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? SI NO

6) Está dando pecho? SI NO

7) Tiene antecedentes de enfermedad de células falciformes SI NO

Por favor indique si tiene cualquiera de las siguientes iniciales:

SI NO Aneurisma broche (s) Fecha _____

SI NO Marcapaso cardíaco Fecha _____

SI NO Estimulador del sistema nervico lógico Fecha _____

SI NO Dispositivo implantado Tipo _____ Fecha _____

SI NO Prótesis valvular cardíaca Fecha _____

SI NO Extremidad protésica o artificial (cadera, rodilla, etc.) Fecha _____

SI NO Moldura metálica _____ Filtro _____ Bobina _____

SI NO Derivación (espinal o intraventricular) Fecha _____

SI NO Parche de medicamento (Nitroglicerina, Nicotina,) Fecha _____

SI NO Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño incluyendo los ojos Fecha _____

SI NO Grapas quirúrgicas _____ Suturas metálicas _____

SI NO Implante coclear, u otro implante Fecha _____

SI NO DIU _____ el diafragma _____ Pesario _____

SI NO Tatuajes _____ Maquillaje permanente _____ Joyas en cualquier parte del cuerpo _____

SI NO Dispositivo para audición (Remover antes de entrar a la sala de RM)

ADVERTENCIA: Antes de entrar al cuarto de RM, debe retirar todos los Objetos metálicos (Cinturones, llaves, anteojos, tarjetas de banda magnética, sostén con metal, broches, monedas, joyería perforada en el cuerpo) Objetos electrónicos (Celulares, reloj, Mp3 etc.) Objetos que pueden ser peligrosos para usted y / o puedan interferir con el procedimiento de RM. No entre a la sala de RM si usted tiene preguntas o preocupaciones con respecto a un implante, dispositivo u objeto. Consulte al tecnólogo o radiólogo antes de entrar. El imán del sistema SIEMPRE esta encendido. Yo certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entiendo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información de este formulario y en relación con el procedimiento de RM al que me voy a someter.

Firma del paciente/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA CONTRASTE DE (RM) El equipo de RM interrumpirá el examen para darle un químico llamado ("Gadolinio") por una vena de su brazo. La inyección de Gadolinio no causa dolor, pero tal vez pueda sentir malestar, hormigueo/calor en los labios, sabor metálico en la boca, hormigueo en el brazo, náuseas o dolor de cabeza. Estos síntomas ocurren en menos de 1% (menos de 1 en 100) de las personas y desaparecen rápidamente. Muy rara vez, puede haber una reacción alérgica, pero hay menos de una en 300,000 posibilidades de que sea severa. La inserción de una aguja de plástico también puede causar dolores leves, contusiones, y una infección en el lugar de la inyección.

¿Tiene alguna enfermedad de los riñones? SI NO

¿Alguna vez ha experimentado una reacción alérgica al contraste Gadolinio? SI NO

Firma del paciente/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____

Medication Guide

GADAVIST
(gad-a-vist)
(gadobutrol)
Injection for intravenous use

What is Gadavist?

- Gadavist is a prescription medicine called a gadolinium-based contrast agent (GBCA). Gadavist, like other GBCAs, is injected into your vein and used with a magnetic resonance imaging (MRI) scanner.
- An MRI exam with a GBCA, including Gadavist, helps your doctor to see problems better than an MRI exam without a GBCA.
- Your doctor has reviewed your medical records and has determined that you would benefit from using a GBCA with your MRI exam.

What is the most important information I should know about Gadavist?

- Gadavist contains a metal called gadolinium. Small amounts of gadolinium can stay in your body including the brain, bones, skin and other parts of your body for a long time (several months to years).
- It is not known how gadolinium may affect you, but so far, studies have not found harmful effects in patients with normal kidneys
- Rarely, patients have reported pains, tiredness, and skin, muscle or bone ailments for a long time, but these symptoms have not been directly linked to gadolinium.
- There are different GBCAs that can be used for your MRI exam. The amount of gadolinium that stays in the body is different for different gadolinium medicines. Gadolinium stays in the body more after Omniscan or Optimark than after Eovist, Magnevist, or MultiHance. Gadolinium stays in the body the least after Dotarem, Gadavist, or ProHance.
- People who get many doses of gadolinium medicines, women who are pregnant and young children may be at increased risk from gadolinium staying in the body.
- Some people with kidney problems who get gadolinium medicines can develop a condition with severe thickening of the skin, muscles and other organs in the body (nephrogenic systemic fibrosis). Your healthcare provider should screen you to see how well your kidneys are working before you receive Gadavist.

Do not receive Gadavist if you have had a severe allergic reaction to Gadavist.

Before receiving Gadavist, tell your healthcare provider about all your medical conditions, including if you:

- have had any MRI procedures in the past where you received a GBCA. Your healthcare provider may ask you for more information including the dates of these MRI procedures.
- are pregnant or plan to become pregnant. It is not known if Gadavist can harm your unborn baby. Talk to your healthcare provider about the possible risks to an unborn baby if a GBCA such as Gadavist is received during pregnancy.
- have kidney problems, diabetes, or high blood pressure
- have had an allergic reaction to dyes (contrast agents) including GBCAs

What are the possible side effects of Gadavist?

- See "What is the most important information I should know about Gadavist?"
- **Allergic reactions. Gadavist can cause allergic reactions that can sometimes be serious. Your healthcare provider will monitor you closely for symptoms of an allergic reaction.**

The most common side effects of Gadavist include: headache, nausea, and dizziness.

These are not all the possible side effects of Gadavist.

Call your doctor for medical advice about side effects. You may report side effects to FDA at 1-800-FDA-1088.

General information about the safe and effective use of Gadavist.

Medicines are sometimes prescribed for purposes other than those listed in a Medication Guide. You can ask your healthcare provider for information about Gadavist that is written for health professionals.

What are the ingredients in Gadavist?

Active ingredient: gadobutrol

Inactive ingredients: calcobutrol sodium, trometamol, hydrochloric acid (for pH adjustment) and water for injection

Manufactured for Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.

Manufactured in Germany

© 2011, Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. All rights reserved.

For more information, go to www.gadavist.com or call 1-888-842-2937.

This Medication Guide has been approved by the U.S. Food and Drug Administration.

Rev. 4/2018

Medication Guide

EOVIST
(e-o-vist)
(gadoxetate disodium)
Injection for intravenous use

What is Eovist?

- Eovist is a prescription medicine called a gadolinium-based contrast agent (GBCA). Eovist, like other GBCAs, is injected into your vein and used with a magnetic resonance imaging (MRI) scanner.
- An MRI exam with a GBCA, including Eovist, helps your doctor to see problems better than an MRI exam without a GBCA. Eovist is needed to better see the problems in your liver.
- Your doctor has reviewed your medical records and has determined that you would benefit from using a GBCA with your MRI exam.

What is the most important information I should know about Eovist?

- Eovist contains a metal called gadolinium. Small amounts of gadolinium can stay in your body including the brain, bones, skin and other parts of your body for a long time (several months to years).
- It is not known how gadolinium may affect you, but so far, studies have not found harmful effects in patients with normal kidneys.
- Rarely, patients have reported pains, tiredness, and skin, muscle or bone ailments for a long time, but these symptoms have not been directly linked to gadolinium.
- At equivalent doses, the amount of gadolinium that stays in the body is different for different gadolinium medicines. Gadolinium stays in the body more after Omniscan or Optimark than after Eovist, Magnevist, or MultiHance. Gadolinium stays in the body the least after Dotarem, Gadavist, or ProHance.
- People who get many doses of gadolinium medicines, women who are pregnant and young children may be at increased risk from gadolinium staying in the body.
- Some people with kidney problems who get gadolinium medicines can develop a condition with severe thickening of the skin, muscles and other organs in the body (nephrogenic systemic fibrosis). Your healthcare provider should screen you to see how well your kidneys are working before you receive Eovist.

Do not receive Eovist if you have had a severe allergic reaction to Eovist.

Before receiving Eovist, tell your healthcare provider about all your medical conditions, including if you:

- have had any MRI procedures in the past where you received a GBCA. Your healthcare provider may ask you for more information including the dates of these MRI procedures.
- are pregnant or plan to become pregnant. It is not known if Eovist can harm your unborn baby. Talk to your healthcare provider about the possible risks to an unborn baby if a GBCA such as Eovist is received during pregnancy.
- have kidney problems, diabetes, or high blood pressure.
- have had an allergic reaction to dyes (contrast agents) including GBCAs

What are the possible side effects of Eovist?

- See “What is the most important information I should know about Eovist?”
- **Allergic reactions. Eovist can cause allergic reactions that can sometimes be serious. Your healthcare provider will monitor you closely for symptoms of an allergic reaction.**

The most common side effects of Eovist include: nausea, headache, feeling hot, dizziness, and back pain.

These are not all the possible side effects of Eovist.

Call your doctor for medical advice about side effects. You may report side effects to FDA at 1-800-FDA-1088.

General information about the safe and effective use of EOVIST.

Medicines are sometimes prescribed for purposes other than those listed in a Medication Guide. You can ask your healthcare provider for information about EOVI

What are the ingredients in Eovist?

Active ingredient: gadoxetate disodium

Inactive ingredients: caloxetate trisodium, trometamol, hydrochloric acid and/or sodium hydroxide (for pH adjustment), and water for injection.

Manufactured for Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.

Manufactured in Germany

© 2008 Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. All rights reserved.

For more information, go to www.eovist.com or call 1-888-842-2937.

This Medication Guide has been approved by the U.S. Food and Drug Administration

4/2018