

Información del paciente – Por favor escriba con letra de imprenta

Nombre del paciente _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____

Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____

Marque uno por favor: Casado(a) Soltero(a) Parejo(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Raza: Blanco África América Asia Nativo de Hawai / otras Islas del Pacífico
 Nativo Americano / Alaska Raza Otros _____

Etnia (Origen): No Hispano o Latino hispanos o latinos preferidos (Primaria) Idioma: _____

Quién es su médico general _____

Farmacia preferida _____ Lugar _____

autorización de correo electrónico

Dirección de correo electrónico _____

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico anterior, estoy de acuerdo para permitir MANA en contacto conmigo por correo electrónico con e-boletines, recordatorios de bienestar, la salud de noticias y actualizaciones sobre los servicios relacionados con la salud proporcionados por MANA. Entiendo que MANA no compartirá la información proporcionada con las empresas de comercialización exterior.

Información de padre o madre (para menores) o de esposo

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Empleador _____ Dirección _____ Número de teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Paciente o amigo que no vive con Ud.

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

Número de teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

REFERIDO (A)

Si usted es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de la clínica o el médico?

01 <input type="checkbox"/> Recomendado(a) por amigo o familiar	08 <input type="checkbox"/> Citiscapes Revista
02 <input type="checkbox"/> el Internet o el sitio Web de la clínica	09 <input type="checkbox"/> periódico
03 <input type="checkbox"/> el internet o otro sitio web	10 <input type="checkbox"/> Guía telefónica/ Páginas amarillas telefónicas
04 <input type="checkbox"/> email, Facebook or Twitter	11 <input type="checkbox"/> Recibió una tarjeta postal en el correo
05 <input type="checkbox"/> signos o localización	12 <input type="checkbox"/> Referido por el Doctor _____
06 <input type="checkbox"/> Kids Directory revista	13 <input type="checkbox"/> Mi seguro
07 <input type="checkbox"/> Empleador	14 <input type="checkbox"/> Otra fuente. por favor especificar _____

➔➔ Llenar el dorso del formulario, por favor ➔➔

Paciente Historia de Salud

Infermedades graves: Fiebre reumática Problemas de riñón Fiebre prolongada Problemas del corazón
 Otro _____

OPERACIONES	TIPO O CAUSA	DÓNDE Y CUÁNDO
-------------	--------------	----------------

LESIONES	TIPO O CAUSA	DÓNDE Y CUÁNDO
----------	--------------	----------------

Ha estado en el hospital para otra cosa que las cirugías? Si No

Dónde y Cuándo _____

Por favor marque "si" a todo lo que han experimentado recientemente, o con frecuencia:

	Si	No	Dónde		Si	No	Dónde
General				Cardiovascular			
Sentirse deprimido, ansioso O irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Crisis nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre, escalofríos, sudores noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gastrointestinal			
Piel				Cambios recientes en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erupciones en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos, Oídos, Nariz, Garganta				Indigestion frecuente o de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolores de cabeza severos o frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Genitourinarios			
Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bociio de la tiroides				Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
O problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de transmission sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visión problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Musculoesqueléticos			
Respiratorio				Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Su peso ha cambiado en el ultimo año? Si No Cuánto? _____ La más recientes _____
 Hace un año Peso aproximado _____ Hace cinco años Peso aproximado _____

Para las mujeres

Está usted actualmente embarazada? Si No Número de embarazos ____ Abortos involuntarios ____
 Los niños que viven ____
 Edad en que comenzaron los períodos menstruales _____ terminó _____ Son períodos regulares Si No
 Exceso de flujo? Si No Manchas de sangre entre periodos Si No

Firma del paciente _____ Fecha _____

Magnetic Resonance (MR) Procedure Screening Form For Patients

Date ____/____/____

Name _____ Age _____ Weight _____
Last name First name Middle Initial

Date of Birth ____/____/____ Male Female Body Part to be Examined _____

Reason for MRI and/or Symptoms _____

Referring Physician _____

1. Have you had prior surgery or an operation (e.g., arthroscopy, endoscopy, etc.) of any kind? No Yes

If yes, please indicate the date and type of surgery:

Date ____/____/____ Type of surgery _____

Date ____/____/____ Type of surgery _____

2. Have you had a prior diagnostic imaging study or examination (MRI, CT, Ultrasound, X-ray, etc.)? No Yes

If yes, please list:	Body part	Date	Facility
MRI	_____	____/____/____	_____
CT/CAT Scan	_____	____/____/____	_____
X-Ray	_____	____/____/____	_____
Ultrasound	_____	____/____/____	_____
Nuclear Medicine	_____	____/____/____	_____
Other	_____	____/____/____	_____

3. Have you experienced any problem related to a previous MRI examination or MR procedure? No Yes

If yes, please describe: _____

4. Have you had an injury to the eye involving a metallic object or fragment (e.g., metallic slivers, shavings, foreign body, etc.)? No Yes

If yes, please describe: _____

5. Have you ever been injured by a metallic object or foreign body (e.g., BB, bullet, shrapnel, etc.)? No Yes

If yes, please describe: _____

6. Are you allergic to any medication? No Yes

If yes, please list: _____

7. Do you have a history of asthma, allergic reaction, respiratory disease, or reaction to a contrast medium or dye used for an MRI, CT, or X-ray examination? No Yes

If yes, please describe _____

8. Do you have anemia or any disease(s) that affects your blood, a history of renal (kidney) disease, or seizures?

No Yes If yes, please describe: _____

9. For female patients: The FDA has not established any criteria under which a pregnant woman may be scanned. Therefore, it is the policy of this facility that MR imaging NOT be routinely performed on a woman known or suspected to be pregnant.

Are you pregnant or breastfeeding? Yes No

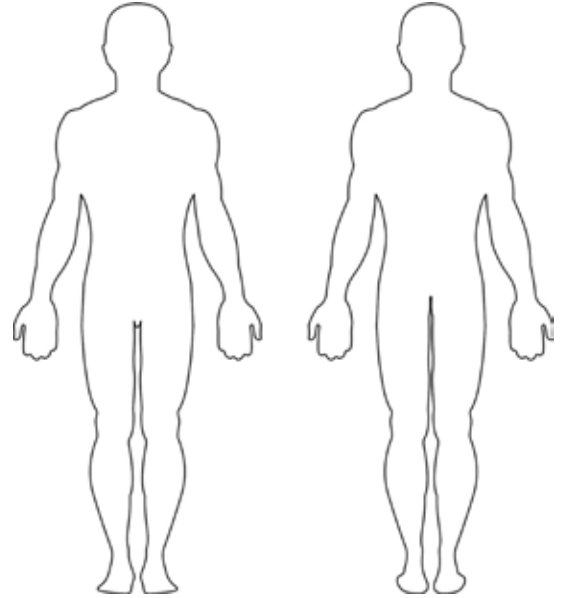


WARNING: Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MR procedure (i.e., MRI, MR angiography, functional MRI, MR spectroscopy). **Do not enter** the MR system room or MR environment if you have any question or concern regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist **BEFORE** entering the MR system room. **The MR system magnet is ALWAYS on.**

Please indicate if you have any of the following:

- Yes No Aneurysm clip(s)
- Yes No Cardiac pacemaker
- Yes No Implanted cardioverter defibrillator (ICD)
- Yes No Electronic implant or device
- Yes No Magnetically-activated implant or device
- Yes No Neurostimulation system
- Yes No Spinal cord stimulator
- Yes No Internal electrodes or wires
- Yes No Bone growth/bone fusion stimulator
- Yes No Cochlear, otologic, or other ear implant
- Yes No Insulin or other infusion pump
- Yes No Implanted drug infusion device
- Yes No Any type of prosthesis (eye, penile, etc.)
- Yes No Heart valve prosthesis
- Yes No Eyelid spring or wire
- Yes No Artificial or prosthetic limb
- Yes No Metallic stent, filter, or coil
- Yes No Shunt (spinal or intraventricular)
- Yes No Vascular access port and/or catheter
- Yes No Radiation seeds or implants
- Yes No Swan-Ganz or thermodilution catheter
- Yes No Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)
- Yes No Any metallic fragment or foreign body
- Yes No Wire mesh implant
- Yes No Tissue expander (e.g., breast)
- Yes No Surgical staples, clips, or metallic sutures
- Yes No Joint replacement (hip, knee, etc.)
- Yes No Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc.
- Yes No IUD, diaphragm, or pessary
- Yes No Dentures or partial plates
- Yes No Tattoo or permanent makeup
- Yes No Body piercing jewelry
- Yes No Hearing aid
(Remove before entering MR system room)
- Yes No Other implant _____
- Yes No Breathing problem or motion disorder
- Yes No Claustrophobia

Please mark on the figure below the location of any implant or metal inside of or on your body.



IMPORTANT INSTRUCTIONS

Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.

NOTE: You may be advised or required to wear earplugs or other hearing protection during the MR procedure to prevent possible problems or hazards related to acoustic noise.

Please consult the MRI Technologist if you have questions or concerns before you enter the MR Suite.

I have read and understood and hereby consent to this MRI examination.

Patient Signature _____ Date: _____

I have reviewed and discussed these safety items with the above signed patient or guardian and approve this patient for magnetic resonance imaging.

Technologist Signature: _____ Date: _____

Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA)

Aviso de Prácticas de Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, léalo atentamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le entregaremos una copia o resumen de su información de salud, normalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos.

Pídanos corregir su expediente médico

- Nos puede pedir corregir la información de salud sobre usted que piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le explicaremos los motivos por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o del trabajo) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Usted nos puede pedir que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decirle que “no” si puede afectar su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o ítem de atención de salud de su bolsillo, puede pedirnos no compartir esa información para propósitos de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Le diremos que “sí” a menos que alguna ley nos exija compartir dicha información.

Obtener una lista de las personas/entidades con las que hemos compartido información

- Usted puede pedirnos una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pida hacer). Le entregaremos un registro al año gratis pero le cobraremos una tarifa razonable por costos si usted nos pide otra dentro de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted aceptó recibir el aviso electrónicamente. Nosotros le entregaremos la copia en papel pronto.

Designar a una persona que actúe por usted

- Si usted le ha dado a alguien un poder de representación médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y que puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

Presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información incluida en la página 1.
- Usted puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Humanos (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando a 1-877-696-6775, o visitando la página web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja.

Sus elecciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre qué compartimos.

Si usted tiene una preferencia clara de cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y alternativa de pedirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su cuidado
- Compartir información en caso de alivio de desastres
- Incluir su información en el directorio del hospital

Si usted no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- Compartir notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted por campañas de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos otra vez por ese motivo.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas.

Para tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un doctor que lo trata por una lesión pregunta a otro doctor sobre su estado general de salud.

Funcionamiento de nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para el funcionamiento de nuestra entidad, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando es necesario.

Ejemplo: Nosotros usamos la información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.

Facturar sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Podemos dar información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague sus servicios.

¿De qué otras formas usamos o compartimos su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de salud de otras maneras: normalmente en formas que contribuyen al bien público, tales como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir varias condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de otra persona

Hacer investigación

Podemos usar o compartir su información para investigación médica.

Cumplir la ley

Nosotros compartiremos información sobre usted si lo exigen las leyes estatales o federales, incluido con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si quiere verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos para trasplante.

Colaborar con un forense, examinador médico o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere una persona.

Abordar solicitudes de indemnización laboral, agencias de la ley y otras agencias del gobierno

Podemos usar o compartir la información de salud sobre usted:

- Para demandas de indemnización laboral
- Para la aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como las fuerzas armadas, seguridad nacional y servicios de protección presidenciales.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

No comercializamos ni vendemos información personal.

No creamos ni conservamos notas de psicoterapia en esta práctica clínica.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si ocurre una violación que puede haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información excepto en lo descrito aquí a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito. Si usted nos dice que podemos, puede cambiar de idea en cualquier momento. Díganos por escrito si cambia de idea.

Para mayor información vea:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Encargado de Privacidad de Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA):

Paula Maxwell, Directora de Operaciones

3383 N. MANA Court, Suite 201

Fayetteville, AR, 72703

Teléfono: (479) 571-6780

Correo electrónico: privacyofficer@mana.md

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

Autorización a personas específicas

Yo, _____, doy a todos los médicos y empleados profesionales de **MANA Northwest Arkansas Pediatric Clinic** el permiso de revelar la información privada de salud descrita abajo a las personas nombradas, a la petición de una o más de ellas.

La información específica que pueden recibir estas personas es:

- Expediente completo del paciente
 Información específica:

Favor de escribir en letras de imprenta:

Nombre

Relación

También doy permiso a **MANA NWA Pediatric Clinic** de dejar un mensaje con mi máquina de contestar si necesitan recordarme de una cita, cambiar una cita, etc. y no pueden ponerse en contacto conmigo de otra manera.

- Sí No

Entiendo que **MANA NWA Pediatric Clinic** no revelará información a personas no nombradas arriba.

Además entiendo o reconozco el siguiente:

1. Tengo derecho de revocar esta autorización a cualquier momento, por un aviso escrito a **MANA NWA Pediatric Clinic** a la dirección encima.
2. He recibido la Noticia de Prácticas de Privacidad de **MANA NWA Pediatric Clinic** “
3. La información privada de mi salud se puede revelar otra vez por una o más de las personas nombradas, y que este acuerdo no puede prevenir tal posibilidad.

Esta autorización se terminará el día _____ de _____, 20__.

Favor de escribir en letras de imprenta

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma

Fecha

En el evento que la autorización se cumple por un representante personal, guardián, o padres, favor de escribir en letras de imprenta su nombre y su relación al paciente. _____

