

**COLORADO SPRINGS IMAGING**

Información de Registro

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Sexo M F  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
 Número telefónico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil (Casado, Soltero, Divorciado, Viudo)  
 Nombre del Patrón \_\_\_\_\_ Título del trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección del Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Persona a contactar en caso de emergencia (que no viva con usted)  
 Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_ #de seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Patrón \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA**

¿Lesionado en el trabajo? No Sí ¿Accidente Automovilístico? No Sí  
 Aseguradora Principal  
 Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Asegurado \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Ajustador \_\_\_\_\_  
 Aseguradora Secundaria  
 Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Asegurado \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y PAGO**

Yo autorizo la divulgación de información necesaria para procesar este reclamo y asignar los beneficios pagables por servicios directamente a Colorado Springs Imaging. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para el tratamiento por mi médico o proveedor del cuidado de la salud actual o futuro. Yo autorizo a Colorado Springs Imaging la divulgación de cualquier información médica a mi compañía de seguro necesaria para procesar mi reclamo de póliza de seguros. Yo entiendo que en el evento que mi compañía de seguros niegue este reclamo, yo seré financieramente responsable de todos los cargos.

Nombre impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**COLORADO SPRINGS IMAGING**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CAT SCAN [Tomografía Axial  
Computarizada] CON INYECCIÓN DE CONTRASTE**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

SI USTED ESTÁ EMBARAZADA O PIENSA QUE PUEDE ESTAR EMBARAZADA, POR FAVOR INFÓRMESELO AL PERSONAL DEL CENTRO AHORA MISMO.

Su médico ha solicitado que realicemos un escán de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) para obtener información adicional. Éste es un examen de diagnóstico que usa rayos X y una computadora para producir imágenes de las partes internas del cuerpo.

Como parte del examen nosotros necesitaremos inyectarle una solución de contraste que contiene yodo. Este líquido claro incoloro es removido de su cuerpo por sus riñones y no alterará la apariencia de su orina. Se mostrará en las imágenes para proporcionar importante información de diagnóstico.

Poco después de la inyección usted puede experimentar un sabor metálico y una sensación de calor. Puede usted sentir náusea. Estas sensaciones sólo duran un tiempo corto.

Ocasionalmente, pequeñas reacciones alérgicas ocurren en forma de comezón, estornudos, urticaria, inflamación de los ojos, o asma. Éstos síntomas pueden requerir tratamiento con medicamentos que nosotros tenemos al alcance. Es muy importante que informe al técnico si usted experimenta cualquiera de las condiciones mencionadas en esta forma.

Raramente, reacciones más serias ocurrirán. Aunque es raro, las estadísticas médicas indican que una fatalidad puede ocurrir de la inyección de contraste. Si usted ha tenido una reacción a la inyección de contraste previamente o tiene historial de asma u otras condiciones de alergia, cualquier historial de diabetes o cualquier enfermedad de los riñones, anemia o drepanocitosis, si usted está tomando Glucophage, si está embarazada o dando pecho, usted DEBE informárselo al técnico.

El beneficio de este examen es de ayudar a su médico a realizar un diagnóstico. Pueden existir otras alternativas de imagen, sin embargo su médico cree que Cat scan es el mejor examen de diagnóstico para usted, después de evaluar sus síntomas y condición médica.

Al firmar abajo, Yo certifico que he leído totalmente este consentimiento, se me ha explicado o me lo ha leído. Se me ha dado una oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternas de tratamiento, los procedimientos a ser usados, y los riesgos y peligros envueltos. Yo entiendo el contenido y tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

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

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

**COLORADO SPRINGS IMAGING**

**FORMA DE EVALUACIÓN E HISTORIAL DE CONTRASTE PARA CT E IV**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ SEXO: M F  
PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
MÉDICO QUE HIZO LA REFERENCIA \_\_\_\_\_

EXPLIQUE SU PROBLEMA MÉDICO EN DETALLE POR EL QUE USTED ESTÁ  
TENIENDO ESTE EXAMEN DE CAT SCAN EL DÍA DE HOY. (¿DÓNDE SE ENCUENTRA  
EL PROBLEMA? ¿POR CUÁNTO TIEMPO HA TENIDO ESTE PROBLEMA?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿HA TENIDO UN EXAMEN PREVIO RELACIONADO CON ESTE PROBLEMA?  SÍ  NO  
SI CONTESTÓ SÍ, ¿DÓNDE FUE ESTE EXAMEN REALIZADO? \_\_\_\_\_  
LISTE OTROS PROBLEMAS MÉDICOS: \_\_\_\_\_  
LISTE CIRUGÍAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_  
LISTE TODAS LAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE CONTRASTE**

¿ESTÁ TOMANDO GLUCAPHAGE?  SÍ  NO BUN \_\_\_\_\_ CREATINA \_\_\_\_\_  
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA REACCIÓN ALÉRGICA A CONTRASTE DE  
RAYOS X?  SÍ  NO  
SI CONTESTÓ SÍ, EXPLIQUE \_\_\_\_\_

**CUALQUIER HISTORIAL PERSONAL DE**

ASMA  SÍ  NO  
DIABETES  SÍ  NO  
ENFERMEDAD DEL RIÑÓN  SÍ  NO  
CÁNCER  SÍ  NO  
MIELOMA MÚLTIPLE  SÍ  NO  
¿ESTÁ USTED DANDO PECHO?  SÍ  NO

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

HE CONTESTADO ESTAS PREGUNTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y  
ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE SE ME PRESENTÓ. TAMBIÉN HE INFORMADO  
AL TÉCNICO QUE NO ESTOY EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo/Técnico

\_\_\_\_\_  
Fecha

NO APLICABLE A ESTE EXAMEN

CC de \_\_\_\_\_ Con un \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ X  
CANTIDAD TIPO DE CONTRASTE GA Y TIPO DE AGUJA HORA # DE PUNTADAS  
EN \_\_\_\_\_ LOTE # \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_  
UBICACION DEL SITIO POR: \_\_\_\_\_  
REACCIÓN AL CONTRASTE  SÍ  NO MÉDICO CUBRIENDO EL CONTRASTE \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE

**COLORADO SPRINGS IMAGING**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MRI, CON O SIN UNA INYECCIÓN DE**  
**CONTRASTE**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Yo, el suscrito, siendo el paciente mencionado arriba o un representante legalmente autorizado del paciente mencionado arriba, por la presente consiento la realización del diagnóstico médico y procedimientos de imagen en el Colorado Springs Imaging Center bajo los términos y condiciones establecidas en forma más completa abajo. Yo entiendo que tengo el derecho de ser informado acerca del procedimiento de diagnóstico de imagen usado para que pueda hacer una decisión de pasar o no pasar bajo el procedimiento.

1. Consentimiento del Procedimiento de Imagen: Su médico que lo atiende cree que es benéfico que usted pase por un procedimiento de diagnóstico de imagen conocido como imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) para obtener información adicional que pudiera ayudar en el diagnóstico y tratamiento de su condición médica. Se me ha explicado que MRI no usa rayos X o radiación. En lugar, un campo magnético y ondas de radio son usadas para crear una imagen de las estructuras internas del cuerpo. El MRI es un procedimiento no doloroso que sólo requiere que usted se acueste calladamente en una mesa acolchonada que suavemente lo desliza dentro del magneto. Mientras el escaner realiza su evaluación, usted oírá unos zumbidos y sonidos de golpecitos. Éstos son normales y no deben de preocuparle. En algunos casos, un agente de contraste puede ser inyectado en su vena para poder dar una imagen más clara del área que está siendo examinada. El estudio de MRI puede ser conducido sin una inyección de contraste, pero las imágenes pueden no ser tan útiles para el radiólogo y su médico. Informe al técnico si usted desea rechazar la inyección de contraste.
2. Debido al campo magnético y las ondas de radio, a las personas con un marcapaso en el corazón, broches de aneurisma cerebral, y algunos implantes de aparatos metálicos o eléctricos no debe de realizárseles un MRI. Es importante que usted informe al técnico si usted tiene cualquiera de estos aparatos metálicos. Por favor informe al técnico si usted está embarazada o piensa que está embarazada.
3. Posibles riesgos--- Siempre que se aplica una inyección existe el riesgo de contusiones e inflamación en el sitio de la inyección. Algunas veces, pequeñas reacciones alérgicas ocurren en la forma de comezón, estornudos, urticaria, inflamación de los ojos, asma o náusea. Éstos síntomas pueden requerir de tratamiento con medicamentos que nosotros tenemos al alcance. Raramente, una reacción más seria ocurrirá. Un radiólogo evaluará la situación y determinará si tratamiento médico adicional es necesario. Aunque es raro, las estadísticas médicas indican que una fatalidad puede ocurrir debido a la inyección de contraste. Si usted ha tenido una reacción a la inyección de contraste anteriormente o tiene un historial de asma u otras condiciones de alergia, cualquier historial de anemia, drepanocitosis, o enfermedad de los riñones, está embarazada o dando pecho, usted DEBE informar al técnico.
4. El beneficio de este examen es de ayudar a su médico a realizar un diagnóstico. Pueden existir otras alternativas de imagen, sin embargo su médico cree que MRI es el mejor examen de diagnóstico para usted, después de evaluar sus síntomas y condición médica.

Al firmar abajo, Yo certifico que he leído totalmente este consentimiento, se me ha explicado o me lo ha leído. Se me ha dado una oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternas de tratamiento, los procedimientos a ser usados, y los riesgos y peligros envueltos. Yo entiendo el contenido y tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

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

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

**COLORADO SPRINGS IMAGING**

**FORMA DE HISTORIAL DEL PACIENTE Y EVALUACIÓN PARA MRI**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ SEXO: M F  
PESO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ MÉDICO QUE HIZO LA REFERENCIA \_\_\_\_\_

HISTORIAL CLÍNICO: POR FAVOR EXPLIQUE SUS PROBLEMAS MÉDICOS POR LOS  
QUE ESTÁ TENIENDO UN MRI EL DÍA DE HOY \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO UN EXAMEN PREVIO RELACIONADO CON ESTE PROBLEMA?  SÍ  NO  
SI CONTESTÓ SÍ, ¿QUÉ TIPO DE EXAMEN FUE REALIZADO Y CUÁL ES EL NOMBRE  
DEL  
SITIO? \_\_\_\_\_

¿TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS EN SU CUERPO?

MARCAPASO SÍ NO Por favor indique el área de dolor en el dibujo de  
IMPLANTE DE OÍDO/COCLEAR SÍ NO abajo

BROCHES DE ANEURISMA CEREBRAL SÍ NO  
METAL EN LOS OJOS O SE LE HA

EXTRAÍDO ALGUNO SÍ NO

FRAGMENTOS DE METAL SÍ NO

IMPLANTE DE APARATO  
ELÉCTRICO SÍ NO

NEUROESTIMULADORES SÍ NO

STENTS SÍ NO

IMPLANTES DENTALES  
MAGNÉTICOS SÍ NO

TATUAJES/MAQUILLAJE  
PERMANENTE/PERFORACIONES

EN EL CUERPO SÍ NO

CUALQUIER OTRO OBJETO  
METÁLICO O IMPLANTE \_\_\_\_\_

LISTE LAS CIRUGÍAS PREVIAS \_\_\_\_\_

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA INYECCIÓN DE CONTRASTE PARA UN MRI?

SÍ NO

SI CONTESTÓ SÍ, ¿EXPERIMENTÓ CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE?

URTICARIA SÍ NO

ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACIÓN SÍ NO

OTROS PROBLEMAS SÍ NO

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

PACIENTES DEL SEXO FEMENINO

¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE EMBARAZO? SÍ NO

¿ESTÁ ACTUALMENTE DANDO PECHO? SÍ NO

YO HE CONTESTADO A ESTAS PREGUNTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y  
ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE SE ME PRESENTÓ.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL TÉCNICO/TESTIGO \_\_\_\_\_