

Fecha de hoy:					
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	
				Estado Civil:	
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cual es su nombre legal?	Nombre anterior	Fecha de nacimiento / /	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio		Numero de seguro social		Teléfono ( )	
Apartado postal	Ciudad	Estado		Código Postal	
Ocupación	Empresa		Teléfono de la empresa ( )		
INFORMACION DEL SEGURO					
Por favor entregue su tarjeta de seguro en la recepción					
Persona responsable por pagar	Fecha de nacimiento / /	Domicilio (si es diferente)		Teléfono de casa ( )	
Nombre del subscriptor			Seguro social del subscriptor	Fecha de nacimiento / /	
Relación entre subscriptor y paciente	<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	Fecha de nacimiento / /	
Nombre del seguro secundario	Nombre del subscriptor		Numero de grupo	Numero de póliza	
Relación entre subscriptor y paciente	<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro	
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de pariente o amigo local	Relación al paciente		Teléfono de la casa ( )	Teléfono del trabajo ( )	
<p>La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente Southwest X-Ray, LP. Yo entiendo que soy ficialmente responsable por el saldo. También autorizo a la empresa Southwest X-Ray o a mi seguro liberar todo la información necesaria para procesar mis reclamos.</p>					
Firma del paciente/Tutor: _____			Fecha: _____		

### PARA MUJERES SOLAMENT

### DETERCOMACIÓN DE EMBARAZO ANTES DEL EXAMEN

Con el fin de reducir al mínimo número de exposiciones inesperadas y mantener bajos los niveles de radiación a mujeres embarazadas, potencialmente embarazadas o al feto por nacer, estas preguntas deben de ser contestadas por todos los pacientes de sexo femenino en edad reproductiva (por ejemplo, edad 12-50).

1. A lo mejor de su conocimiento, está usted embarazada (o cree usted que podría estar)? Si No Posiblemente/No estoy segura

**\*Por favor notifique al técnico y la recepción que está el embarazo antes de comenzar el examen.**

2. Si usted está embarazada, ¿Qué tan avanzado está el embarazo? Ultimo período menstrual completo? \_\_\_\_\_

3. ¿Está actualmente amamantado a su bebe? SI No

\* Si es así, le recomendamos que no amamante a su bebe duante las siguientes 48 horas después de la administración intravenosa de yodados (que contienen yodo).

He contestado las preguntas anteriores a la medida de mi capacidad. Yo entiendo que algunos procedimientos de diagnóstico por imágenes puede entrañar la exposición a la radiación y puede resultar en la exposición de un feto a la radiación si estoy embarazada. Yo entiendo que debo discutir los riesgos y beneficios del procedimiento propuesto con mi médico y /o radiólogo y cualquier pregunta que pueda tener deben ser contestadas a mi satisfacción antes del procedimiento propuesto.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_