



1640 Hospital Drive  
Santa Fe, NM 87505  
TEL: 505-983-9350  
FAX: 505-954-4253

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
MRN(#de expediente médico):	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección 1:		
Dirección 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa: (    )	Teléfono de trabajo: (    )	Celular: (    )
Correo electrónico:		
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo		
Idioma preferido:		Religión:
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño de otro lugar <input type="checkbox"/> Blanco		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Me niego a especificar		
Nivel de educación: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Estudios no fueron terminados <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Universidad		

### PERSONA RESPONSABLE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
Relación de la persona responsable con el paciente:		
Dirección 1:		
Dirección 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa: (    )	Teléfono de trabajo: (    )	Celular: (    )

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Relación con el paciente:

Dirección:

Teléfono de casa: (     )

Teléfono de trabajo: (     )

Celular: (     )

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO PRINCIPAL

**Para pacientes con Medicare: Esta usted o su Esposo/a Trabajando?**     SI     NO    Si la respuesta es sí, quien?

Nombre de Principal:

Nombre de Plan:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

# de Póliza:

Grupo #

Fecha de nacimiento:

El Seguro Médico esta bajo el nombre de:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Relación con el paciente:

## INFORMACIÓN DE SEGUNDO SEGURO MÉDICO

**Para pacientes con Medicare: Esta usted o su Esposo/a Trabajando?**     SI     NO    Si la respuesta es sí, quien?

Nombre de Principal:

Nombre de Plan:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

# de Póliza:

Grupo #

Fecha de nacimiento:

El Seguro Médico esta bajo el nombre de:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Relación con el paciente:

PÁGINA DOS





1640 Hospital Drive  
 Santa Fe, NM 87505  
 TEL: 505-983-9350  
 FAX: 505-954-4253

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### INFORMACION MEDICA

Es ésta visita relacionada con un accidente de auto?  SI  NO  
 Es ésta visita relacionada con una lesion en su trabajo?  SI  NO  
 Fecha de la lesion \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### HISTORIA DE FUMAR

Todos los dias  Algunos dias  Nunca fumo  Fumo, sin estado actual  Ex-fumador  Desconocido

#### Medicamentos que está tomando Ninguno

<input type="checkbox"/> Acto Plus Med <input type="checkbox"/> Avandamet <input type="checkbox"/> Diavex <input type="checkbox"/> Diaformin	<input type="checkbox"/> Fuertemente <input type="checkbox"/> Glucophage <input type="checkbox"/> Glucovance <input type="checkbox"/> Glumetza	<input type="checkbox"/> Glyburid Met <input type="checkbox"/> Janumet <input type="checkbox"/> Metaglip <input type="checkbox"/> Metformin	<input type="checkbox"/> PrandiMet <input type="checkbox"/> Riomet (Liquido para la Metformin)
---	---	--	---

#### HISTORIA MEDICA Ninguno

<input type="checkbox"/> Aneurismo del Clip/Coil <input type="checkbox"/> Cirugia de Aneurisma <input type="checkbox"/> No Cirugia de Aneurisma <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Implantes de Seno <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Bomba Para Insulina <input type="checkbox"/> Metal en el Cuerpo <input type="checkbox"/> Bomba para Morfina <input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Paraplejico <input type="checkbox"/> Previa reacción a Tomografia <input type="checkbox"/> Computarizada <input type="checkbox"/> Previa reacción a MR Enfermedad Renal
--	---	---	--

#### ALERGIAS Ninguno

<input type="checkbox"/> Cinta Adesiva	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Picadura de Abeja	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Lidocaína / Novocaína	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Betadine (yodo tópico)	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Contraste (imágenes)	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Cacahuete o otra tuerca	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Perro, Gato, o Animal	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Tierra	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Frotamiento de Alcohol	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
<input type="checkbox"/> Hierba/Polen	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Medicamentos de Sulfa	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo

**Reacciones alérgicas leves** incluyen urticaria, picazón, congestión nasal, erupción cutánea y ojos llorosos

**Reacciones alérgicas moderadas** incluyen calambres, el pecho apretado, diarrea, dificultad para tragar, dificultad para respirar, mareos, enrojecimiento de la cara, náuseas, vómitos, palpitaciones, hinchazón de la cara / ojos, lengua, respiración sibilante, debilidad y la inconsciencia.

**Reacciones alérgicas severas** choque anafiláctico.

## PARA NUESTRAS PACIENTES FEMENINAS

Algunos procedimientos de imagen están contraindicados (no recomendado) para mujeres que pueden estar embarazadas. Si usted cree que está embarazada, por favor notifique a uno de nuestros miembros del equipo.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido esta declaración y declarar que no estoy embarazada y no hay ninguna posibilidad de que yo pueda estar embarazada.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Ultimo periodo menstrual: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## AUTHORIZACION Y ACUERDO

**Consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico.** o Autorizo a Santa Fe Imaging LLC para proporcionar los tratamientos necesarios médicos o quirúrgicos, o procedimientos, incluyendo diagnóstico, rayos X y procedimientos de laboratorio, anestesia, medicamentos y suministros que sean ordenados por el médico que lo atiende, sus asistentes o sus designados. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías que se han hecho para mí en cuanto al resultado del tratamiento, los procedimientos de diagnóstico en Santa Fe Imaging LLC. Yo reconozco que los médicos que ejercen en Santa Fe Imaging LLC no son empleados o agentes de Santa Fe Imaging LLC, pero son independientes médicos. Santa Fe Imaging LLC puede delegar a estos médicos independientes aquellos servicios médicos que normalmente prestan y cualquier pregunta relacionada con mi cuidado debe ser dirigida a mi médico.

**Asignación de los beneficios.** Por la presente autorizo el pago directamente a Santa Fe Imaging LLC, de cualquier y todos los beneficios médicos correspondientes y de otro modo pagadero a mí. Entiendo que soy financieramente responsable a Santa Fe Imaging LLC por cargos no cubiertos por esta asignación. También comprendo que Santa Fe Imaging LLC es la presentación de mis reclamos como una cortesía hacia mí y que a menos que el contrato estipulado con mi compañía yo soy responsable por el pago de este reclamo.

**Autorización para la diseminación de la información.** Por la presente autorizo a Santa Fe Imaging para dar cualquier información relacionada con el diagnóstico y el tratamiento solicitado por la compañía de seguros / médico / hospital necesario coleccionar beneficios bajo las políticas en el momento del tratamiento, o cualquier política que posteriormente alla echo demanda contra los servicios hospitalarios, incluyendo relacionada con las drogas, el alcohol, los anticuerpos del VIH y / o tratamiento y / o pruebas psiquiátricas.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_

Fecha