



WASHINGTON HEIGHTS IMAGING
VIDA WOMEN'S HEALTH CENTER

4334 Broadway
New York, NY 10033
(212) 927-1717 Fax (212) 927-5080



Last Name (Apellido): First Name (Nombre): MI:

DOB (Fecha de Nacimiento) / / SSN (Seguro Social):

Sex (Sexo): Female(Mujer) Male(Hombre) Marital Status (Estado Marital):

Address (Direccion): Apt #:

City (Ciudad): State (Estado): Zip Code(Codigo):

Phone# (Telefono): Cell# (Celular): Work# (Trabajo):

Emergency Contact (Contacto de Emergencia):

Emergency Contact Relationship (Relacion del Contacto) Emergency # (# de Emergencia) - -

ARE YOU PREGNANT (PUEDE ESTAR EMBARAZADA)? Yes (Si) No (No)

INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DEL SEGURO)

Primary Insurance (Seguro Primario): Insured's SSN

Insured ID (ID del Asegurado): Policy/Carrier #: Group# (No. Grupo):

Primary Insurance Co. Address (Direccion del Seguro):

City (Ciudad): State (Estado): Zip Code(Codigo):

Relationship with Insured (Relacion con Asegurado) Self Spouse Child Dependent

Insured's Full Name (Nombre del Asegurado) DOB (FDN) / /

Secondary Insurance (Seguro Medico Secundario) ID#

Relationship with Insured (Relacion con Asegurado) Self Spouse Child Dependent

Insurance Co. Address (Direccion del Seguro):

City (Ciudad): State (Estado): Zip Code(Codigo):

Primary Care Physician (Doctor Primario)

PCP Address (Direccion) Phone (Telefono) - -

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su raza?       Blanco/Caucásico       Negro/Afroamericano       Asiático  
 Hispano o Latino/a       Hawaii/Islas del Pacifico       Otro \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su género?       Masculino       Feminino
3. ¿Cuál es su idioma preferido? \_\_\_\_\_
4. ¿Fuma cigarillos?       Fumador Actual       Ex Fumador       Nunca Fue Un Fumador
5. Está tomando algún medicamento?  No       Sí – Por favor escribalos con la dosis

Medicamentos Con Receta	Dosis	Razón Por La Cual Toma La Medicación
Medicamentos Sin Receta	Dosis	Razón Por La Cual Toma La Medicación

6. ¿Tiene alguna alergia a alimentos?  No       Sí      ¿Tiene alguna alergia a medicamentos?  No  Sí  
 En caso afirmativo, por favor indique: \_\_\_\_\_

7. Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 (Esto le permitirá a sus registros electrónicos a través de nuestro Portal del Paciente. *Long Island Radiology Associates, P.C. respeta su privacidad y no utilizara o venderá su dirección de correo electrónico.*)

Me gustaría que Long Island Radiology Associates, P.C., enviara actualizaciones, información y notificaciones sobre la práctica de la dirección de correo electrónico anterior.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La Recuperación y Reinversión Ley del 2009 contiene la Ley de Salud Tecnologías de la Información para la Ley de Salud Económica y Clínica (HITECH). Esta nueva regulación exige que Long Island Radiology Associates, P.C. documente su historia médica y preferencias de comunicación en un formato electrónico. Estas preguntas deben ser hechas cada vez que visite nuestras instalaciones, independientemente de su examen o diagnóstico. Gracias por su cooperación.

*Toda la información se mantendrá confidencial como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA)*



# WASHINGTON HEIGHTS IMAGING VIDA WOMEN'S HEALTH CENTER

4334 Broadway  
New York, NY 10033  
(212) 927-1717 Fax (212) 927-5080



## AUTORIZACIÓN DE NORMA DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal como se describe a continuación. Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información que sigue no es un plan médico o profesional de salud, la información entregada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de ID: \_\_\_\_\_

Organización Suministrando la Información: **Enterprise Radiology, P.C.**  
Organizaciones Que Serán Informadas: **Medical Data Base**

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su médico, médico de referencia, nuestra oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de salud. Cualquier otra información identificable de su salud puede ser revelada como exige la ley.

### USO DE FIN DE DIVULGACIÓN:

El propósito del uso de divulgación: Reporte de mecanografía y Facturación de Servicios de Atención Médica.

Descripción de Información: Toda la información identificable sobre la salud del paciente, para fines de facturación, tales como pero no limitado a: autorizaciones, carta de necesidad, toda la información que necesita transcripción, así como los documentos útiles para asegurar la exactitud de las transcripciones. Toda la información necesaria para presentar un reclamo de atención médica.

*Entiendo que mi plan médico y el pago para mi seguro médico no se verá afectada por firmar este formulario.*

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia impresa de las prácticas de privacidad de Washington Heights Imaging.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización o sin la oportunidad de oponerse.

*Salud del Paciente:* para fines de salud pública o para una persona que corre el riesgo de contraer o propagar su enfermedad.

*Supervisión de Salud:* a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones.

*Abuso o Negligencia:* a una autoridad apropiada para reportar abuso infantil o negligencia, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

*Administración de Alimentos y Medicamentos:* Como requerido por la Administración de Alimentos y Medicamentos para seguimiento de productos.

*Procedimientos Legales:* En el curso de un procedimiento judicial.

*Aplicación de la Ley:* para hacer cumplir la ley, como relativa a las víctimas de un delito o para impedir un delito.

*Médicos Forenses, Directores de Funerarias y Donantes de Órganos:* por el médico forense, examinador médico o director de funeraria para realizar las tareas autorizadas por la ley y para fines de donación de órganos.

*Investigación:* a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad.

*Soldados, Presos y La Seguridad Nacional:* a los supervisores militares del personal de las Fuerzas Armadas o de los custodios de reclusos, según sea necesario. Preservar la seguridad nacional también puede requerir la revelación de información protegida de salud.

*Compensación a los Trabajadores:* cumplir con las leyes de compensación al trabajador o

*No-Fault Ley:* divulgación a las empresas de facturación- toda la información necesaria para reclamaciones.

En general, podemos usar o divulgar su información protegida de la salud como es requerida por la ley y se limita a los requisitos pertinentes de la ley.

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Molde

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

WASHINGTON HEIGHTS IMAGING  
MRI QUESTIONNAIRE

Nombre paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cuánto pesa? \_\_\_\_\_

**Tiene usted un:**

MARCAPASOS CARDIACO	SI	NO
DEFIBRILADOR	SI	NO
NEUROSTIMULADOR DISPOSITIVO	SI	NO
PRÓTESIS DE OÍDO	SI	NO
BOMBA DE INFUSIÓN/INSULINA	SI	NO
NITRO PARCHE	SI	NO
PROTÉSICOS DE DISPOSITIVO	SI	NO
FRAGMENTOS METAL EN CUERPO/OJOS	SI	NO
TATUAJE/MAQUEILLAJE PERMANENTE	SI	NO

**Tiene usted alguna Condicion Medica conocida:**

RENAL (RIÑÓN) LA ENFERMEDAD/DIÁLISIS	SI	NO	
CONDICIÓN RESPIRATORIA/ASMA	SI	NO	
PRESIÓN ALTA	SI	NO	
DIABETES	SI	NO	
ENCINTA/ALIMENTANDO	SI	NO	
<b>CÁNCER</b>	SI	NO	Si es qué tipo: _____
HA TENIDO USTED LA <b>CIRUGÍA DE CEREBRO</b>	SI	NO	Era para <b>aneurisma?</b> <b>SI</b> <b>NO</b>

ANTERIOR **CIRUGÍA?** \_\_\_\_\_

Firma Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Sección de Tecnólogo \*\*\*\*\*

**Requested Examination:** \_\_\_\_\_

**Prior Examination:** \_\_\_\_\_

**Reason for Exam:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Optical Disk # \_\_\_\_\_

Patient identification and examination verification Technologist Initials \_\_\_\_\_