



## ESTUDIOS ESPECIALIZADO

R.U.C. XXXXXX-X-XXXXXX D.V.XX

Tel.: 226-2332 \* 302-0309, Vía Porras, San Francisco Plaza, Local No. 4 \* eMail: info@mriopenside.com

### INFORMACION DEL PACIENTE PARA SERVICIO DE RMI

(Esta Información será de estricto uso médico)

<b>Número de la Cita</b>	51
<b>Estado de la Cita</b>	Llenada por el paciente. La cita no se ha realizado
<b>Estudio solicitado</b>	RESONANCIA MAGNETICA CERVICAL CON CONTRASTE
<b>Fecha de examen</b>	03/05/2018

**Nombre del paciente**

Laura M. Mata

**Sexo**

Femenino ▼

**¿Es Jubilado(a)?**

Si ▼

**Fecha de nacimiento**

13/06/1958

**Edad en años al registrar formulario**

59

**Peso declarado (Kg)**

65

**Estatura**

158

**No. Cédula-Pasaporte**

305012

**Zona donde vive**

Panama

**Teléfono**

983515635

## HISTORIAL MEDICO

Explique en detalle el motivo por el cual su médico le solicitó una Resonancia Magnética (RMI): (Describa sus síntomas)

Dolor lumbar

**¿Le han realizado estudios de Resonancia magnética (RMI) anteriormente?**

Si ▼

**Lugar y fecha de la última Resonancia Magnética**

Valencia

01/01/1995

**¿Ha tenido cirugías?**

Si

De hace un año y si es del área a evaluar

No

**¿Padece usted de alguna enfermedad?**

No

Si su respuesta es SI, Por favor indicar enfermedad que padece:

N/D

**¿Tiene lo siguiente en el cuerpo?**

- ☐ Marcapaso
- ☐ Implante en el oído
- ☐ Clips Cerebrales (antes de 1990)
- ☐ Dispositivos intrauterinos (DIUs)
- ☐ Dispositivo eléctrico implantado
- ☐ Neuroestimuladores
- ☐ Fragmentos de metal (perdigones)
- ☐ Tatuaje o maquillaje permanente

Otros

No

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO

**¿Tiene usted seguro privado?**

Si ▼

**SI contestó SI, proporcione la siguiente información:**

**Nombre del Asegurador Principal (Dueño de la Póliza):**

Laura M. Mata

**Fecha de nacimiento del asegurado:**

13/06/1958

**Relación del paciente con el asegurado:**

Yo mismo ▼

**Nombre de la compañía de seguros:**

SOS

**No. de póliza:**

1234555

**No. de certificado**

## INFORMACION ADICIONAL

**¿Cómo se enteró usted de nuestro servicio?**

internet

**Nombre del médico  
que le refiere:**

DR PEDRO PEREZ

### Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios proporcionados por el proveedor. Si los montos del seguro no son suficientes para cubrir mis obligaciones por los servicios proporcionados, soy responsable por la cantidad q

**Nombre de la persona:**

Laura M. Mata

**Firma:**

.....

### Consentimiento para enviar información vía correo electrónico

Nos gustaría darle la facilidad de enviarle el informe de su estudio por correo electr&oiacuteno;nico, tiene que considerar que existen una serie de riesgos en los cuales usted debe pensar. No nos hacemos responsables de violaciones de la confidenci

No Acepto ▼

**Firma:**

.....

**eMail:**

0

**eMail de su médico:**

**El formulario fue llenado por:**

Laura M. Mata

**Fecha:**

03/05/2018

**Parentesco**

Yo mismo ▼

## CONSTANCIA DE ENTREGA DE CD CON IMAGENES

Recibe conforme: .....

Fecha: .....

Cancelar