



Radiology Department Patient Registration

Patient Label

Please provide your driver's license or photo ID and insurance card at time of registration.

Patient Last Name	First Name	MI	Date of Birth
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> MM / <input type="text"/> DD / <input type="text"/> YYYY

Social Security Number	Gender	Email Address (to access your records and for satisfaction survey)
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Responsible Party	Relationship to Patient	Patient's Mobile Phone	Call	Msg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Address	Apartment #	Patient's Home Phone	Call	Msg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

City	State	ZIP	Work or Other Phone	Call	Msg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emergency Contact	Emergency Contact Phone 1	Emergency Contact Phone 2
<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="text"/> () -

May we send mail to your home address? Yes / No If not, please provide an alternate mailing address:

street or p. o. box apt. # city state zip

Insurance	Subscriber Name	Subscriber DOB	Group Number	Policy Number
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> MM / <input type="text"/> DD / <input type="text"/> YYYY	<input type="text"/>	<input type="text"/>

If Accident: Date	Time	Accident Details
<input type="text"/> MM / <input type="text"/> DD / <input type="text"/> YYYY	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Work Related? Yes No Employer Employers Phone () -

Religious Preference Preferred Language

Other than you, your insurance company and healthcare providers involved in your care, with whom can we share your healthcare information? (Please enter all that apply.)

Name	Phone Number	Relationship
<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> () -	<input type="text"/>

Do you have any health information that you would like to be kept confidential from any person or persons? If so, please specifically describe the information and person or persons below:

I hereby verify the above information is true and correct.

Patient or Legal Guardian Signature Date / / Time

Witness Signature Date / / Time



Radiology Department Patient Registration

Patient Label

CONSENT FOR TREATMENT: I, the undersigned, request and authorize **Baylor Medical Center at Uptown**, and all its physicians, surgeons, technicians, nurses, and other qualified personnel, whether employed directly by the hospital or brought in on a consulting basis, to provide any medical/surgical treatment, diagnostic tests and hospital care which the attending physician or designee(s) may deem necessary or beneficial for my health. Initial

FINANCIAL AGREEMENT: We wish to stress that the financial responsibility for services rendered rests with the patient and his/her family, regardless of any insurance coverage. Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. We cannot guarantee payment of your claim. If it is not paid, the insurance company should explain to you why it was rejected. Most of the time our fees fall within their "usual and customary" guidelines, however, the responsibility for the balance of this account falls on you. Initial

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I hereby authorize payment directly to **Baylor Medical Center at Uptown** and any physicians, including, but not limited to ER physicians, radiologists, etc. of the insurance benefits specified and otherwise payable to me, but not to exceed the Hospital's regular charges for these services. Initial

RELEASE OF INFORMATION: I authorize **Baylor Medical Center at Uptown** and any physicians involved in my care to release medical information and supporting documentation of same as compiled in my medical records during this emergency department visit to any organization which is, or may be liable or responsible for payment of charges associated with my care, and for all other purposes of benefit payment. If my injury is work-related, I authorize **Baylor Medical Center at Uptown** to release any information from my medical records to my employer and/or its designee. Initial

PHYSICIANS SERVICES: Emergency Department physicians, radiologists, pathologists, surgeons, etc. are independent contractors, and are not employees of **Baylor Medical Center at Uptown**. Physicians' services are billed separately. Initial

PERSONAL ITEMS and MEDICATIONS: I understand that **Baylor Medical Center at Uptown** is not responsible for lost or stolen personal or valuable items or medications. Initial

PATIENT RIGHTS: I have received a copy of the **PRIVACY NOTICE, PATIENT RIGHTS and GRIEVANCE POLICY**. Initial

SENSORY OR PHYSICAL IMPAIRMENTS: I understand **Baylor Medical Center at Uptown** has resources to meet most special needs for patients with sensory or physical impairments. I do / do not have special needs. Initial

Identified needs:

Patient or Legal Guardian Signature Date / / Time

Witness Signature Date / / Time



Radiology Department Patient Registration

Patient Label

Texas law requires healthcare facilities to ask patients to identify their own race and ethnic background. If the patient fails or refuses to identify their own race and ethnic background, facility staff will use its best judgment in making the identification.

Race:

- American Indian, Eskimo or Aleut
- Asian or Pacific Islander
- Black or African American
- White
- Other: (including multi-racial, mixed)
- Prefer Not to Answer

Language:

- English
- Spanish
- Other:

Ethnicity:

- Hispanic
- Non-Hispanic
- Prefer Not to Answer

Patient or Legal Guardian Signature Date / / Time

Witness Signature Date / / Time

Access to Health Records Online

If you would like to have access to your records for this radiology visit online, please provide your email address below. You should receive an email invitation to join **myHealth** from **United Surgical Partners** [\[mailto:noreply@iqhealth.com\]](mailto:noreply@iqhealth.com) Please check your SPAM folder if you don't find it in your inbox.

Patient Satisfaction Survey

We would like you to have a voice in our quality improvement. With your permission, we will email you a survey to allow you to give us feedback about your experience as a patient at **Baylor Medical Center at Uptown**. Your email address will be kept confidential, and not used for any other purpose.

Please enter your email address here:

Disclosure of Physician Ownership

Baylor Medical Center at Uptown meets the Federal definition of a physician-owned hospital, and a list of the hospital's owners that are physicians (or their immediate family members) is available upon request. Radiologists are independent contractors, not owners or employees of **Baylor Medical Center at Uptown**.

Baylor Medical Center at Uptown is committed to providing clinical excellence in a safe, attractive environment for you and your family members. We are proud that many of the physicians who practice here have chosen to have ownership in this hospital. Their ownership enables them to have a voice in the administration and policies of our hospital. This involvement helps to ensure the highest quality of care for you.

If you have any questions concerning this notice, please feel free to ask your physician or the Chief Executive Officer at **Baylor Medical Center at Uptown**.

Consentimiento informado para tomografía computarizada con o sin inyección de contraste

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Para el paciente: usted tiene el derecho, como paciente, para informarse sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado para utilizar de modo que usted puede hacer la decisión o no de someterse al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros. Esta revelación es un esfuerzo de hacer mejor informados para que puede dar o denegar su consentimiento para el procedimiento.

Informar al tecnólogo si está embarazada o cree que pudiera estar embarazada.

CONSENTIMIENTO para la proyección de imagen de procedimiento: Su médico tratante considera beneficioso para usted a someterse a un procedimiento de diagnóstico por imágenes conocido como tomografía automatizada (CT) para ayudar a diagnosticar y tratar su condición médica. Esto es una prueba diagnóstica que utiliza radiación (rayos x) y una computadora para producir imágenes de estructuras internas del cuerpo. Como parte de su examen de CT, un agente de contraste que contiene yodo se puede inyectar en una vena para producir imágenes de mejor. Este líquido claro, incoloro se elimina del cuerpo por los riñones y no alterará el aspecto de la orina. Para la proyección de imagen de TC abdominal, se le pedirá a beber un tipo de contraste que contiene bario y yodados forma o contraste oral, gastrograffin. El procedimiento de CT puede llevarse a cabo sin los agentes de contraste, pero las imágenes no pueden ser tan útiles para el radiólogo y el médico. Si desea rechazar oral o contraste intravenoso, informar al tecnólogo y el CT se llevará a cabo sin los agentes de contraste.

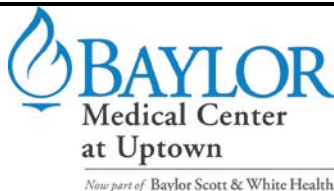
RIESGOS potenciales: Las siguientes complicaciones son posibles cuando se administra una inyección: potenciales para el dolor, sangrado, moretones o hinchazón en el sitio de la inyección. Los exámenes de CT requieren contraste pueden resultar en un dolor de cabeza leve, náuseas, picazón u otros síntomas vagos por un corto tiempo después de la inyección. Reacciones alérgicas adicionales en respuesta al agente de contraste pueden incluir urticaria, dificultad para respirar o dificultad para deglutir. Ha habido casos raros de la muerte después de la administración del agente de contraste. Es muy importante informarle al tecnólogo si usted experimenta cualquiera de las condiciones mencionadas en el presente formulario.

Nota para pacientes: Si usted anteriormente tuvo una reacción a una inyección de contraste como urticaria, severa picazón, falta de aliento o cualquier reacción significativa que requieren hospitalización, antecedentes de asma u otras condiciones alérgicas, antecedentes de anemia, anemia de células falciformes o trastorno renal, está embarazada o amamantando le debe informar al tecnólogo. No se ha establecido la seguridad de contraste para los niños menores de dos años.

FIRMA del paciente: Yo certifico que este formulario ha sido explicado completamente a mí, que lo han leído o haber tenido Léeme, que han sido rellena los espacios en blanco, y que entiendo su contenido. Me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos de no tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros y creo que tengo suficiente información para dar consentimiento informado.

entiendo que los médicos participar en mi cuidado en BMC@U no son empleados o agentes de Baylor Medical Center hospital Uptown. Son ambos médicos independientes dedicados a la práctica privada de la medicina o los médicos con licencia participan en el cuidado de los pacientes como parte de un programa de postgrado de educación médica. Los médicos que puedan participar en mi cuidado además de mi médico tratante incluyen, pero no se limitan a los radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, neonatólogos, cardiólogos, neumólogos, gastroenterólogos y nefrólogos. Los médicos participar en mi cuidado puede o no ser socios financieros en Baylor Medical Center en Uptown.

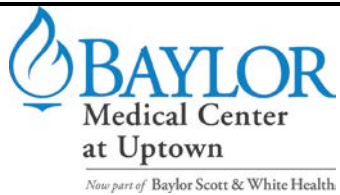
FIRMA DEL PACIENTE O JURÍDICA RESPONSABLE DE LA PERSONA (RELACIÓN ESTATAL) FECHA



NAME: Error! Unknown document property name., Error! Unknown document property name.
ACT#: Error! Unknown document property name.
GENDER: Error! Unknown document property name.
DOB: Error! Unknown document property name.
AGE: Error! Unknown document property name.
DR: Error! Unknown document property name., Error! Unknown document property name.
DOS: Error! Unknown document property name.

TESTIGO DE LA FIRMA

FECHA



NAME: Error! Unknown document property name., Error! Unknown document property name.
ACT#: Error! Unknown document property name.
GENDER: Error! Unknown document property name.
DOB: Error! Unknown document property name.
AGE: Error! Unknown document property name.
DR: Error! Unknown document property name., Error! Unknown document property name.
DOS: Error! Unknown document property name.



Comunicación preferencias con respecto a del paciente su PHI

Preferencias de comunicación telefónica

Etiqueta de identificación del paciente lugar aquí

Home # _____

Work # _____

Mobile # _____

Preferencias de comunicación de correo electrónico

Correo electrónico Address _____

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes y comunicarse con respecto a sus servicios y obligaciones financieras utilizaremos todos los medios de comunicación para acelerar esas necesidades. Proporcionando la información anterior estoy de acuerdo que Baylor Medical Center en Uptown o uno de sus agentes legales puede utilizar los números de teléfono proporcionado me envíe una notificación de texto, mediante un mensaje de voz pre-recorded artificial mediante el uso de un servicio de marcación automática o dejar un mensaje en un contestador. Si se ha proporcionado una dirección de correo electrónico, Baylor Medical Center en Uptown o uno de sus agentes legales puede comunicarse conmigo con una notificación por correo electrónico con respecto a mi cuidado, nuestros servicios o mi obligación financiera.

Preferencias de comunicación de correo

¿Podemos enviar correo a tu domicilio? ***(Si no, proporcione una dirección de correo alternativa más abajo).***

¿Aparte de usted, su compañía de seguros y proveedores de salud involucrados en su atención, quien hablamos con su información de salud? (Marque todas las que apliquen)

Nombre Teléfono

O cónyuge _____

O cuidador _____

O niño _____

Padres o _____

O otros _____

¿Tienes alguna información de salud que le gustaría ser confidencial de cualquier persona o personas? Si es así, describa específicamente la información y la persona o personas más abajo:

Reconozco que ha dado la oportunidad a solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de mi información de salud protegida.

Reconozco que he tenido la oportunidad de solicitar medios alternativos de comunicación de mi información de salud protegida.

Paciente o Representante Personal firma Fecha _____

Imprimir nombre relación al paciente _____

Formulario de detección de embarazo

(Edades 12 a 55 años)

Patient Name: _____ Age: _____

1.) **estás embarazada o crees que puede estar embarazada?** _____ Y _____ N

(Si "Sí", por favor notifique a personal inmediatamente).

2.) **ha tenido una histerectomía o después de la menopausia son?** _____ Y _____ N

(Si "Sí", por favor, firme a continuación).

3.) **has tenido un período menstrual durante los últimos 30 días?** _____ Y _____ N

(Si no, necesitará tener una prueba de embarazo).

4.) **por favor dar la fecha del^{primer} día de su último período menstrual.** _____

5.) **esta fecha cae en los últimos 10 días?** _____ Y _____ N

(Si "Sí", por favor, firme a continuación).

6.) **están actualmente practicando alguno de los siguientes anticonceptivos?** _____ Y _____ N

A.) ___ la ligadura de trompas

B.) socio vasectomía ___

C.) ___ anticonceptivos orales

D.) ___ condón

E.) ___ diafragma

F.) Foam _____

G.) IUD _____

H.) otros ___

7.) **si no estás practicando todas las medidas de control de la natalidad, ha tenido actividad sexual desde su última menstruación que puede ponerte en riesgo de embarazo?** _____ Y _____ N

He dicho que no estoy embarazada y solicitar el procedimiento ordenado de proyección de imagen de realizarse.

Firma del paciente: ___ **Fecha:** ___

Firma del testigo: ___ **Fecha:** ___