



WCR

West Coast Radiology Centers

WCR Mission Viejo
27882 Forbes Road Suite 120
Laguna Niguel, CA 92677
Phone: (949) 272-2200
Fax: (949)272-2210

PATIENT INFORMATION FORM

Form fields for patient information including Apellido, MRN, Direccion 1, Ciudad, # de Telefono, and various contact method checkboxes.

Información de el partido responsable

Form fields for responsible party information including Apellido, Relación del paciente a la parte responsable, Direccion 1, and Ciudad.

Información de seguro primario

Form fields for primary insurance information including ¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?, Nombre de el seguro primario, Direccion, and Ciudad.

Información de seguro secundario

Form fields for secondary insurance information including ¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?, Nombre de el seguro primario, Direccion, and Ciudad.

MEDICAL INFORMATION

Medical information checkboxes: ¿Es la visita relacionada a un accidente de auto? and ¿Es la visita relacionada a una lastimadura sufrida en el trabajo?

¿Fecha de la lastimadura?: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. Weight: \_\_\_\_\_

**Usted Fuma?:**

todos los días     algunos días     nunca ha fumado     Fumador, estado actual desconocido     Ex fumador     Desconocido

**Medicamentos actuales:  ninguno**

<input type="checkbox"/> ActoPlus Med	<input type="checkbox"/> Fortamet	<input type="checkbox"/> Glyburid Met	<input type="checkbox"/> PrandiMet
<input type="checkbox"/> Avandamet	<input type="checkbox"/> Glucophage	<input type="checkbox"/> Janumet	<input type="checkbox"/> Riomet (forma líquida de Metformin)
<input type="checkbox"/> Diabex	<input type="checkbox"/> Glucovance	<input type="checkbox"/> Metaglip	
<input type="checkbox"/> Diafomin	<input type="checkbox"/> Glumetza	<input type="checkbox"/> Metformin	

**Historia clínica:  ninguno**

<input type="checkbox"/> pinzas aneurisma / bobina	<input type="checkbox"/> Implantes de seno	<input type="checkbox"/> Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> Paraplegico
<input type="checkbox"/> Cirugia de aneurisma	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> Metal en el cuerpo	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de tomografía
<input type="checkbox"/> Aneurisma sin cirugía	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bomba de morfina	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de MRI
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

**Alergias:  ninguno**

<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Lidocaína / Novacaine	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Betadine ( Yodo tópico)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Contraste (Imagenes Medicas)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> cacahuete o otras nueces	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Perro, Gato, o Animal	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Alcohol isopropílico	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Hierba / Polen	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Sulfonamide	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa

**Las reacciones alérgicas leves** incluyen comezon, congestión nasal, ronchas y ojos llorosos.

**Reacciones alérgicas moderadas** incluyen presión en el pecho, diarrea, calambres, dificultad para pasar saliva , mareos, dolores de cabeza, enrojecimiento de la cara, náuseas, vómitos, palpitaciones, hinchazón de la cara / ojos / lengua, debilidad y pérdida del conocimiento.

**Reacción alérgica grave** es shock anafilactico.

**A nuestros pacientes femeninos**

Algunos procedimientos de radiología están contraindicados (no recomendados) para pacientes que puedan estar embarazadas. Si usted esta embarazada o puede estar embarazada notifique a uno de nuestros miembros de equipo.

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

Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Autorización y Acuerdo**

**Yo autorizo y dirigio a mi compañía de seguros que pagen directamente a este proveedor de servicios médicos cualquiera beneficio debido bajo mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. También autorizo este proveedor para utilizar, divulgar u obtener cualquiera de mi información personal de salud para el tratamiento y pago. Si, no estoy asegurado entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal, para Denise Test \_\_\_\_\_  
Fecha