

MR# _____

INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ #De Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ #De Licencia: _____

#De Teléfono: _____ #De Teléfono Celular: _____ #De Trabajo: _____

Carreo Electrónico/e-mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Femenino Masculino # De Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre de su Trabajo o Escuela: _____

¿Su visita es relacionada a un accidente de trabajo? SI NO Cuando se lastimo? _____

Si esta lesión es relacionada a un accidente personal:

Fecha de lesión: _____ ¿Se resbaló o cayó? SI NO

¿Accidente de automóvil? SI NO Otro accidente _____

Estado donde ocurrió el accidente _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de su compañía de seguro: _____

Nombre de persona primaria del seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la persona asegurada: Yo Mismo Esposo/a Hijo/a Otro _____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre de su compañía de seguro: _____

Nombre de persona primaria del seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la persona asegurada: Yo Mismo Esposo/a Hijo/a Otro _____

AUTORIZACION DE LA LIBERACION DE LOS REGISTROS MEDICOS E IMAGENES

Yo, autorizo la liberación de mis registros médicos, reportes diagnósticos e imágenes a mi doctor médico. Yo entiendo que esta autorización entrará en efecto inmediatamente y seguirá activa hasta que yo la revoque en escrito. También estoy de acuerdo a pagar cualquier cargo asociado con alguna replica necesitada de mis imágenes. Cargo Aplicable: \$15.00 por imagen o disco compacto.

Firma: _____ Fecha: _____

PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____

Dirección: _____ # De Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ #De Licencia: _____

#De Teléfono: _____ #De Teléfono Celular: _____ # De Trabajo: _____

MR# _____

AUTORIZACION

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Yo autorizo que mi seguro médico pague directamente a este proveedor, por los servicios médicos que estén cubiertos bajo mi plan de seguro médico. De misma forma autorizo a este proveedor el descargo de mis registros médicos a mi compañía de seguro que se consideren necesarios. Yo entiendo que un cobro de \$5 será agregado a cada factura adicional por un balance que permanezca pendiente 30 días después de la factura inicial. Entiendo que si mi cuenta no es pagada por completo dentro de 90 días un 30% será agregado a mi balance y será reportado directamente a una compañía de cobranza. Para cheques revocados habrá un cobro de \$25.00. Yo acepto pagar el balance de los gastos que no sean cubiertos bajo mi plan médico, Si mi cuenta es referida a un abogado para poder recibir pago de mis gastos, yo entiendo que soy responsable de los gastos del abogado. **SI NO TENGO SEGURO MEDICO, YO ENTIENDO QUE SOY COMPLETAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS.**

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a este proveedor a dar tratamientos médicos, dicho tratamiento puede incluir radiografías, anestesia local y medicamentos que pueden ser requeridos por el doctor, asistentes o enfermeras. Estoy consciente que la práctica médica no es una ciencia exacta y entiendo que no hay garantía a los resultados del tratamiento en este Centro de Imagen.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE MEDICARE B: Yo autorizo a esta clínica /persona autorizada a ceder información médica a la administración del Seguro Social, a sus intermediarias o las personas particulares que profesionalmente sean parte de este Centro de Imagen para el proceso de este u otro reclamo relacionada con medicare. Una copia de esta autorización es considerada tan válida como el original para recibir pago por los servicios médicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por algún deducible o los gastos que no fueran pagados por mi seguro médico.

Firma: _____ Fecha: _____

En acuerdo con las regulaciones de las leyes federales, leyes estatales y leyes de la ciudad, incluyendo el acuerdo **HIPPA** establecido en 1996, **Carlsbad Imaging Center/Imperial Radiology** tiene el deber de proteger el historial del paciente y cualquier otra información que pueda revelar la identidad del paciente al usar esta información para propósitos de tratamiento, pago o cualquier operación relacionado con el trato de la salud. Estoy de acuerdo de que en cualquier momento puedo solicitar la política de **Carlsbad Imaging/Imperial Radiology** que se refiere a la privacidad del paciente.

Firma: _____ Fecha: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS: Yo autorizo el tratamiento para _____ en este Centro de Imagen. Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

CPT _____ Omnipaque (Q9967) _____cc CPT _____ Steroid 10mg (J3301) _____cc

CPT _____ Gadavist (A9585) _____cc CPT _____ Eovist (A9581) _____cc

CREATININE TEST STAMP IF USED - 82565

History or Complaint: _____

Front Desk Initial _____

Tech Initial _____

