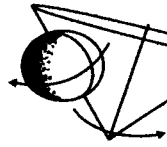


Carlsbad Imaging Center
6010 Hidden Valley Rd., Ste. 125
Carlsbad, CA 92011
P (760) 730-3536 F (760) 720-4833
www.carlsbadimaging.com



Imperial Radiology
2407 Marshall Ave., Ste. A
Imperial, CA 92251
P (760) 545-0340 F (760) 545-0341
www.imperialcountyradiology.com

Acuerdo de Servicios (para pacientes pagando por el examen)

1. El paciente o el guardián del paciente debe reconocer UNA de las siguientes declaraciones con sus iniciales:

_____ Declaro que sí tengo seguro médico para el examen de hoy PERO elijo pagar de mi bolsillo el examen y eludir mi seguro médico.

_____ Declaro que NO tengo ningún seguro médico para el examen de hoy.

_____ Declaro que mi seguro médico deniega la autorización para mi examen y elijo pagar de mi bolsillo por mi(s) examen(s).

2. El paciente o guardián del paciente debe reconocer cada declaración con sus iniciales:

_____ Entiendo que el procedimiento normal de AM & BB Imaging Center Inc., DBA: Carlsbad Imaging Center (CIC) y Imperial Radiology (IR) es para facturar a un proveedor del seguro cuando el paciente ha sido remitido por un médico y tiene cobertura médica al tiempo de servicio. Sin embargo, elijo pagar los servicios directamente y entiendo que CIC e IR NO cobrarán a mi asegurador médico en ningún momento, ya sea actual o retroactivamente, por los servicios prestados hoy.

_____ Entiendo que CIC y IR NO le cobrarán a Medi-Cal, a los planes de atención administrada de Medi-Cal, a Medicare ni a ningún seguro privado (lo que corresponda) por mis servicios recibidos hoy, ya sean actuales o retroactivos.

_____ Declaro que yo (el paciente) NO tengo una solicitud pendiente para Medi-Cal.

_____ Declaro que pagaré en su totalidad hoy todos los cargos acumulados por los servicios prestados por CIC y / o IR y entiendo que no se entregara ningún reembolso.

_____ Entiendo que CIC y IR me proporcionarán SÓLO un recibo simple y NO una factura detallada por los servicios prestados y pagados hoy.

Nombre del paciente: _____

Nombre del guardián (sólo si es aplicable): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Examen(s): _____ Fecha: _____

Firma del paciente / Guardián: _____ Fecha: _____