

MRN # _____

AUTORIZACIONES

AUTORIZACION PARA LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS Y DISCO / PLACAS: Yo autorizo Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology liberar mis registros médicos, informes de diagnóstico o disco/imágenes a mi(s) médico(s) de referencia. Entiendo que esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito. También acepto pagar la tarifa de \$15 asociada con la copia de un segundo disco de imágenes.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS: Autorizo y dirijo a mi compañía de seguro médico, pagar directamente a este proveedor de servicios médicos cualquier beneficio debido a mí bajo mi plan de seguro. También autorizo a este proveedor a usar y liberar cualquier información médica personal para tratamientos / diagnóstico y pago (incluyendo a mi compañía de seguros). Acepto pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. Entiendo que se agregará un cargo por retraso de \$5 a cada estado de cuenta adicional generado por el saldo que permanece sin pagar después de 30 días a partir de la fecha inicial del estado de cuenta. Soy consciente de que si mi cuenta no se paga en su totalidad de 90 días a partir de la fecha del servicio, **se añadirá una tarifa adicional del 30% al saldo y se enviará directamente a una agencia de cobros y se informará a una oficina de crédito nacional.** Los cheques devueltos también se le cobrarán una tarifa de \$25. En caso de que la cuenta sea referida a un abogado para su cobro, el abajo firmante pagará los honorarios del abogado y otros gastos de cobro. **SI NO ESTOY ASEGURADO,** soy totalmente responsable de todos los cargos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO / DIAGNOSTICO: Autorizo al Centro de Imágenes a proporcionar el tratamiento médico necesario, o procedimientos, incluyendo rayos X de diagnóstico, anestesia local, medicamentos y suministros según lo solicite el(los) médico(s) asistente(s), sus asistencias o designados. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho ninguna garantía en cuanto al resultado del tratamiento o procedimiento de diagnóstico realizado en el Centro de Imágenes.

AUTORIZACION DE LA PARTE B de MEDICARE: Si tengo una póliza de la Parte B de Medicare, autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a ser liberado a la Administración del Seguro Social y A los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios, o al agente de facturación del Centro de Imágenes y cualquier información necesaria para esta reclamación de Medicare o relacionada. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito que se haga el pago de beneficios médicos al titular de estas asignaciones en mi nombre. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible y copago.

HIPPA: De acuerdo con las leyes y regulaciones de la ciudad, estado y federal, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology protegerá los registros de pacientes y otra información que pueda revelar la identidad de un paciente al usar o divulgar dicha información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Soy consciente de que puedo solicitar revisar la política de Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology para la privacidad del paciente.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18: Soy , _____
(Nombre IMPRESO del padre / madre o tutor legal)

El padre / La madre o tutor legal de _____
(Nombre IMPRESO del paciente menor de 18)

He leído y entiendo el material escrito anterior con respecto al examen(s) para la fecha de servicio de hoy.

Paciente / tutor legal nombre IMPRESO _____

Paciente / tutor legal FIRMA _____ Fecha _____

Responsabilidad Financiera

1. Entiendo y reconozco que mis aseguradoras sólo pagan por los servicios que determiné para satisfacer sus requisitos y términos de beneficios.
2. Como ejemplos: Algunas aseguradoras requieren autorización previa para ciertos servicios. Algunas compañías de seguros tienen decisiones propias que están en desacuerdo con la necesidad médica de ciertos tratamientos, pruebas o exámenes recomendados.
3. Si mi aseguradora determina que los servicios o cualquier parte de ellos no son médicamente necesarios, o no cumplen con otros requisitos de cobertura (tales como la obtención de la autorización o la presentación de una demanda limitada en el tiempo), la aseguradora puede negar el pago por ese servicio.
4. Estoy de acuerdo que si mi aseguradora rechaza la totalidad o parte de los cargos de los proveedores por cualquier motivo, o si no soy elegible al momento del servicio, seré personalmente y totalmente responsable del pago de los cargos de los proveedores. En caso de que mi cuenta sea derivado a un abogado o agencia de colección, Estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado y los gastos. Todas las cuentas retrasadas producirán un interés del doce por ciento por año, no exceda la cantidad máxima permitida por la ley.
5. Deducciones y Co -pagos no siempre pueden predecirse en el momento del servicio, como los beneficios de los pacientes pueden cambiar a lo largo del año. Es la responsabilidad del paciente / receptor del pago de comunicarse directamente con su compañía de seguros para determinar el costo final del servicio.
6. El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entendido la información anterior, y es el paciente o la persona responsable financieramente de las necesidades de tratamiento del paciente, y está debidamente autorizado para firmar este documento.

Nombre : _____

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO PARA (TC)

Este examen de rayos X del cuerpo se realiza por medio de un equipo especial que nos permite ver los órganos internos que no son visualizados con las radiografías tradicionales.

1. En una frase, por favor, describa cual es el problema que lo trajo a nuestra oficina este día incluya cualquiera de los síntomas que presenta: _____

2. Ha tenido otro estudio relacionado a este problema, por favor de indicar ¿qué prueba? ¿Y qué centro?

3. Por favor indique cualquier cirugía que haya tenido:

4. Alguna vez le han dicho que tiene cáncer? SI NO En caso afirmado, ¿qué parte del cuerpo fue afectado?

5. Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? SI NO

6. Está dando pecho? SI NO

INFORMACION DE (TC) Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Algunos exámenes de CT requieren la inyección de un medio de contraste en el corriente sanguíneo. El uso de esta solución nos ayuda a visualizar ciertos órganos dentro del cuerpo para una determinación diagnóstica. El agente de contraste se administra a través de una pequeña aguja colocada en la vena. Los medios de contraste se consideran bastante seguro, sin embargo, cualquier inyección contiene un riesgo de daño incluyendo lesión de un nervio, arteria, vena, infección o una reacción al material que se inyecta. En ocasiones, el paciente tiene una reacción leve al medio de contraste y desarrolla estornudos y / o urticaria. Rara vez, una reacción más grave se ha sabido, incluyendo reacciones potencialmente mortales. Estas reacciones graves son muy raras. Si tiene alguna pregunta por favor de hablar con el técnico o el Radiólogo antes de su examen.

1. ¿Ha tenido alguna vez una "alergia"-como reacción a cualquier material de contraste que requiere tratamiento?

SI NO

2. ¿Tiene alergias o asma? SI NO

3. ¿Tiene usted la presión arterial alta? SI NO

4. ¿Tiene antecedentes de mieloma, enfermedad de células falciformes, policitemia, o pheochromoytoma? SI NO

5. ¿Tiene antecedentes de enfermedad renal o diabetes? SI NO

6. ¿Usted toma Glucophage o Metaformina? SI NO

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.
DOY EL CONSENTIMIENTO PARA TENER EL PROCEDIMIENTO DESCRITO REALIZADO.

Firma del Paciente/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____