

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: _____

CARLSBAD IMAGING CENTER
6010 Hidden Valley Rd #125
Carlsbad, CA 92011
Ph. (760) 730-3536 Fax (760) 720-4833

Imperial Radiology
2407 Marshall Ave., Ste. A
Imperial, CA 92251
Ph. (760) 545-0340 Fax (760) 545-0341

DEXA (Bone Densitometry Exam)

PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____

ESTATURA: _____ PESO: _____ SEXO: FEMENINO: __ MASCULINO: __

HISTORIAL DE FRACTURAS NO-TRAUMATICAS:

FÉMUR: SI __ NO __ ANTEBRAZO: SI __ NO __
HÚMERO: SI __ NO __ PELVIS: SI __ NO __
COLUMNA VERTEBRAL: SI __ NO __ CADERA: SI __ NO __

INDICACIONES (marque las respuestas que le correspondan)

ALCOHOLISMO __ AMENORREA __
HIPERTIROIDISMO __ OSTEOPOROSIS __
PESO INSUFICIENTE __ HISTORIA FAMILIAR DE FRACTURAS __
PERDIDA DE ESTATURA __ ENFERMEDAD DE RINONES __
MENOPAUSIA TEMPRANA __ CONSUMIDOR DE TABACO __
HIPOTIROIDISMO __ CAUCÁSICO __
CORTICOSTEROIDES __ RESECCIÓN BILATERAL DE OVARIOS __

QUE MEDICAMENTO(S) TOMA PARA OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS, O PARA SUS
"HUESOS"? _____

DOSIS: _____ CUANTO TIEMPO _____

MARQUE LOS MEDICAMENTOS QUE LE APLIQUEN:

BISHOSPHONATE __ CALCITONIN __ CALCIO __ ACTONEL __
FLOURIDE __ PTH 1-34 __ THIAZIDE __ VITAMINA D __ FOSAMAX __

SI ES FEMENINA: POR FAVOR INDIQUE SU RESPUESTA:

PREMONOPAUSIA __ POSTMENOPAUSIA __

ESTA EMBARAZADA: SI __ NO __