



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: \_\_\_\_\_



**PREGUNTAS DE ULTRASONIDO**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

- 1) Cual es la queja de dolor/síntomas relacionados con el examen de hoy?
- 2) Por cuanto tiempo a tenido estas quejas de dolor/síntomas?
- 3) Porque a ordenado su doctor este examen?
- 4) A tenido cirugía anteriormente relacionado con el examen o parte del cuerpo de hoy?    **SI**    **NO**  
Que tipo de cirugía: \_\_\_\_\_
- 5) A tenido un examen anteriormente de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT), Ultrasonido, o Radiografía (X-Ray) relacionado con el examen de hoy?    **SI**    **NO**  
En caso **afirmativo**, por favor indicar que estudio se realizó, cuando se realizó, y en qué centro médico?  
\_\_\_\_\_
- 6) Para **pacientes femeninos**, circulo uno:    **pre-menopáusica**    **peri-menopausia**    **post-menopáusica**
- 7) Para **pacientes femeninos**, la fecha de su último período menstrual: \_\_\_\_\_
- 8) **Por favor, indique la localización el diagrama abajo del dolor o masa palpable**

