



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.

### **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 \_\_\_\_\_

**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)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente de auto-referencia?    Sí    NO

**Por favor díganos el motivo de su mamografía y cualquier información adicional con respecto a su historial mamario:**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 ¿Ha tenido usted una **Mamografía?**:    Sí    NO    ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

 ¿Ha tenido usted un **Ultrasonido de Senos?**:    Sí    NO    ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

 ¿Ha tenido usted una **RM de Senos?**:    Sí    NO    ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**SINTOMAS DEL CUERPO**

			DERECHO	IZQUIERDO	¿POR CUANTO TIEMPO?
¿Siente una bolita en el seno?	Sí	NO	_____	_____	_____
¿Tiene un lugar específico de dolor?	Sí	NO	_____	_____	_____
¿Ha tenido un golpe reciente en el seno?	Sí	NO	_____	_____	_____
¿Cualquier cambio reciente en la piel de seno?	Sí	NO	_____	_____	_____
¿Cualquier secreción del pezón?	Sí	NO	_____	_____	_____

→ **Círcule:**    sangriento    o    no sangriento

**HISTORIAL DE CIRUGIA DEL SENO**

			DERECHO	IZQUIERDO	¿ Mes / Año ?
¿Ha tenido cáncer de seno?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Mastectomía?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Lumpectomía?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Terapia de Radiación?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Quimioterapia?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Biopsias (aguja o cirugía)?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Aspiración con aguja?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Reconstrucción o Reducción?	Sí	NO	_____	_____	_____/____
¿Implantes o inyecciones de silicón?	Sí	NO	_____	_____	_____/____

**\*\* Si marcó que sí, por favor tenga en cuenta que los implantes podrían ser dañados y/o rotos durante la mamografía. Si usted decide continuar con su mamografía, por favor escriba sus iniciales en la siguiente caja →→→**

**HISTORIAL GENERAL**

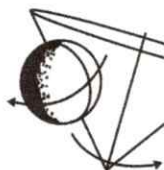
¿Está usted embarazada?	Sí	NO	¿Está en menopausia?	Sí	NO
¿Ha dado pecho por los últimos 4-6 meses?	Sí	NO	¿Está tomando terapia hormonal para la menopausia?	Sí	NO
¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	Sí	NO	¿Se ha hecho una histerectomía?	Sí	NO
¿Ha tenido otra clase de cáncer?	Sí	NO	→ Si la respuesta es Sí, ¿que tipo? _____		
¿Historial familiar de cáncer del seno?	Sí	NO	→ ¿Que familiar? ¿ A que edad? _____		

**Al firmar abajo, reconozco y entiendo estas declaraciones:**

**No estoy embarazada.** La precisión de las mamografías en general es de aproximadamente el 87% en la detección de cáncer de seno. Enrojecimiento y/o sensibilidad de mi seno pueden ocurrir después de mi mamografía durante 1-2 días debido a la compresión del seno por la máquina de mamografía. Podría ser llamada a la oficina para trabajo adicional. Soy responsable de obtener los resultados de mi mamografía si no he escuchado de mi médico de referencia dentro de 2-3 semanas. Entiendo que si sigo teniendo problemas de seno, independientemente de un informe negativo de mamografía, me comunicaré con mi médico para obtener instrucciones sobre el seguimiento/tratamiento adicionales. Autorizo la liberación de la información de mis imágenes mamarias, imágenes, y copias pertinentes a mi historial clínico y para el seguimiento de cualquier hallazgo sospechoso.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_



## ACUERDO SOBRE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR SERVICIOS MEDICOS

1. Entiendo que es mi responsabilidad de proveer la información mas reciente y exacta de mi seguro o mi cobertura de plan a Carlsbad Imaging Center y/o Imperial Radiology ("Proveedor"). Entiendo que mi plan médico o mi compañía de aseguranza pueda especificar la cantidad de copago (copagos) o la responsabilidad de la cantidad del costo que soy responsable de pagar directamente al Proveedor.
2. Entiendo y reconozco que mis aseguradoras solo pagan por los servicios que determinen para satisfacer sus requisitos y términos de beneficios. Ejemplos: Algunas compañías de seguros tienen decisiones propias que están en desacuerdo con la necesidad médica de ciertos tratamientos, pruebas o exámenes recomendados.
3. Entiendo que si mi aseguradora determina que los servicios o cualquier parte de ellos no son medicamente 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. Con excepción del párrafo 5. Estoy de acuerdo que soy responsable por los cargos del proveedor a) si no son pagados por el Seguro o plan médico, o b) si no soy elegible con el Seguro o plan médico en el momento del servicio. En caso de que mi cuenta sea enviada 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. En ciertos casos, el proveedor tiene acuerdos con los planes de salud y seguros médicos que prohíbe al Proveedor de buscar pago del miembro asegurado para cubrir los servicios médicos. (aparte de los copagos o cantidades de costo del miembro). En esas situaciones, Carlsbad Imaging e Imperial Radiology no perseguirán pagos de los pacientes. (que no sea copagos o cantidades de costo del miembro) para cubrir los servicios médicos. Sin embargo, si el Proveedor me notifica de que un servicio no es un servicio cubierto y se continúa requiriéndolo, yo seré responsable por el costo del servicio.
6. Deducciones y copagos no siempre pueden predecirse en el momento del servicio ya que 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.
7. El 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:** \_\_\_\_\_