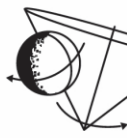


CARLSBAD IMAGING CENTER
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125
CARLSBAD, CA 92011
PHONE: (760) 730-3536 fax: (760) 720-4833
ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY
2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A
IMPERIAL, CA 92251
PHONE: (760) 545-0340 fax: (760) 545-0341
ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM
WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

PATIENT REGISTRATION

Last Name _____ First Name _____ Middle _____

Cell phone _____ Email _____

Home phone _____ Date of Birth _____ Gender _____

Driver's License (state & #) _____

Mailing Address _____

Emergency contact name and phone number _____

***Patients utilizing health insurance must complete this section:**

PRIMARY Insurance Company _____

Primary policy holder _____ his or her Date of Birth _____

Relationship to primary policy holder, please circle: Self Spouse Child Other

SECONDARY Insurance Company _____

Secondary policy holder _____ his or her Date of Birth _____

Relationship to secondary policy holder, please circle: Self Spouse Child Other

***Please circle** any that applies to your today's exam: Work Injury Personal Injury case MVA
Slip and Fall Date of injury _____

***Patients who choose to self-pay (uninsured or choosing not to use insurance) for today's services should initial the acknowledgement of their financial responsibility:**

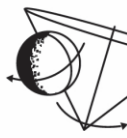
_____ I declare that I do have medical insurance, but I am choosing to pay out of pocket and bypass my medical insurance.

_____ I declare that I do **not** have any medical insurance and elect to pay for out of pocket for the medical service.

_____ I am responsible for the full cost of service and elect to pay for this service in full on the date of the exam.

_____ I received an estimate for today's medical service.

CARLSBAD IMAGING CENTER
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125
CARLSBAD, CA 92011
PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833
ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY
2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A
IMPERIAL, CA 92251
PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341
ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM
WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

AUTHORIZATIONS

AUTHORIZATION OF RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND CD: I hereby authorize Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology to release my medical records, diagnostic reports, or CD/images to my referring physician(s). I understand that this authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until I revoke it, in writing. I also agree to pay the fee of \$15 associated with a second CD of images.

ASSIGNMENTS OF BENEFITS: I authorize and direct my insurance carrier to pay directly to this provider of medical services any benefits due to me under my insurance plan. I also hereby authorize this provider to use and disclose any of my personal medical information for treatments / diagnosis and payment (including to my insurance company). I agree to pay the balance of charges not paid under my plan. I understand that a \$5 late fee will be added to each additional statement generated for the balance that remains unpaid after 30 days from the initial statement date. I am aware that if my account is not paid in full 90 days from the date of the service, **a 30% additional fee will be added to the balance, and it will be sent directly to a collection agency and reported to a national credit bureau.** Returned checks will also be charged a \$25 fee. Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay attorney fees and other collection expenses. IF I AM UNINSURED, I am fully responsible for all charges.

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT / DIAGNOSIS: I authorize the Imaging Center to furnish the necessary medical treatment, or procedures, including diagnostic x-ray, local anesthesia, drugs, and supplies as may be ordered by the attending physician(s), his/her assistances or designees. I am aware that the practice of medicine is not an exact science, and I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of treatment or diagnostic procedure conducted in the Imaging Center.

LIFETIME MEDICARE PART B AUTHORIZATION: If I have a Medicare Part B policy, "I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to Carlsbad Imaging Center/Imperial Radiology for any service furnished to me by that physician/supplier. I authorize any holder of medical information about me to release to the Centers for Medicare and Medicaid Services and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services."

HIPAA: In accordance with city, state, and federal laws and regulations, including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), **Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology** will protect patient records and other information that may reveal a patient's identity when using or disclosing such information for purposes of treatment, payment, and health care operations. I am aware that I can request to review the policy of **Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology** for patient privacy.

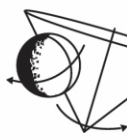
By signing below, I also consent to the use of email communication between myself and the imaging center. I recognize that there are risks to its use, including confidentiality.

Patient name _____

Patient (or Legal Guardian) Signature _____ **Date** _____

IF THE PATIENT IS UNDER 18: I, _____
(Printed Name of Parent or Legal Guardian)
am the parent or legal guardian of _____
(Printed Name of Patient under 18)

CARLSBAD IMAGING CENTER
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125
CARLSBAD, CA 92011
PHONE: (760) 730-3536 fax: (760) 720-4833
ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY
2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A
IMPERIAL, CA 92251
PHONE: (760) 545-0340 fax: (760) 545-0341
ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM
WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

REGISTRO DE PACIENTES

Apellido _____ Primer Nombre _____

Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Licencia de conducir (estado y #) _____

Dirección postal _____

Nombre y teléfono del contacto de emergencia _____

***Los pacientes que utilizan seguro médico deben completar esta sección:**

COMPAÑÍA de seguro PRIMARIA _____

El titular principal de la póliza _____ su Fecha de nacimiento _____

Relación con el titular principal, por favor marque con el marcador: Cónyuge Hijo Otro

COMPAÑÍA de Seguro SECUNDARIA _____

Titular de la póliza secundaria _____ su Fecha de nacimiento _____

Relación con el titular principal de la póliza, por favor marca: Cónyuge Hijo Otro

***Por favor, marque** cualquiera que corresponda a su examen de hoy: Accidente laboral, caso de lesiones personales, accidente automovilístico, se resbaló o cayó

Fecha de la lesión: _____

***Los pacientes que decidan pagar por su cuenta (sin seguro o que decidan no usar seguro) los servicios actuales deben poner las primeras en el reconocimiento de su responsabilidad financiera:**

_____ Declaro que sí tengo seguro médico, pero que decido pagar de mi bolsillo y saltarme mi seguro médico.

_____ Declaro que **no** tengo seguro médico y elijo pagar el servicio médico de mi bolsillo.

_____ Soy responsable del coste total del servicio y elijo pagar el servicio en su totalidad en la fecha del examen.

_____ Recibí un presupuesto para el servicio médico de hoy.

CARLSBAD IMAGING CENTER

6010 HIDDEN VALLEY RD. #125

CARLSBAD, CA 92011

PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833

ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM

WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY

2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A

IMPERIAL, CA 92251

PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341

ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y CD: Por la presente autorizo al Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology a entregar mis historiales médicos, informes diagnósticos o CD/imágenes a mi(s) médico(s) remitente. Entiendo que esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta que la revoque, por escrito. También acepto pagar la tarifa de 15 dólares asociada a un segundo CD de imágenes.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo y ordeno a mi aseguradora que pague directamente a este proveedor cualquier beneficio que me corresponda bajo mi plan de seguro. También autorizo a este proveedor a utilizar y divulgar 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 añadirá una multa por retraso de 5 \$ a cada extracto adicional generado por el saldo que quede pendiente tras 30 días desde la fecha del extracto inicial. Sé que si mi cuenta no se paga en su totalidad 90 días desde la fecha del servicio, se **añadirá una comisión adicional del 30% al saldo, que se enviará directamente a una agencia de cobro y se reportará a una agencia nacional de crédito.** Los cheques devueltos también pagarán una tarifa de 25 dólares. Si la cuenta se remite a un abogado para cobro, el firmante deberá pagar los honorarios de abogado y otros gastos de cobro. **SI NO TENGO SEGURO, SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS.**

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO / DIAGNÓSTICO: Autorizo al Centro de Imagen a proporcionar el tratamiento médico o procedimientos necesarios, incluyendo radiografías diagnósticas, anestesia local, medicamentos y suministros según lo ordenen los médicos responsables, sus asistentes o sus designados. Soy consciente de que la práctica médica no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía sobre el resultado del tratamiento o procedimiento diagnóstico realizado en el Centro de Imagen.

AUTORIZACIÓN VITALICIA DE MEDICARE PARTE B: Si tengo una póliza de Medicare Parte B, "solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a mí o en mi nombre al Carlsbad Imaging Center/Imperial Radiology por cualquier servicio que me proporcione ese médico/proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a facilitar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados."

HIPAA: De acuerdo con las leyes y normativas municipales, estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), el **Centro de Imagen de Carlsbad / Imperial Radiology** protegerá los registros de los pacientes y otra información que pueda revelar la identidad del paciente al utilizar o divulgar dicha información con fines de tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Sé que puedo solicitar revisar la política del **Carlsbad Imaging Center / Imperial Radiology** para garantizar la privacidad del paciente.

Al firmar a continuación, también consiento el uso de comunicaciones por correo electrónico entre el centro de imagen y yo. Reconozco que su uso conlleva riesgos, incluida la confidencialidad.

Nombre del paciente _____

Paciente (o tutor legal) Firma _____ Fecha _____

SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 18 AÑOS: Yo, _____
(Nombre impreso del padre o tutor legal)

Soy el padre o tutor legal de _____
(Nombre impreso del paciente menor de 18 años)