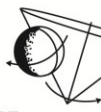


CARLSBAD IMAGING CENTER
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125
CARLSBAD, CA 92011
PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833
ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



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

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

WORKER'S COMPENSATION REGISTRATION

LAST NAME _____ FIRST NAME _____ MIDDLE _____
MOBILE _____ EMAIL _____
HOME PHONE _____ DATE OF BIRTH _____ GENDER _____
DRIVERS LICENSE/STATE AND NUMBER _____

MAILING ADDRESS _____

EMERGENCY CONTACT (name and phone number) _____

Referring Doctor's Name: _____ Phone: _____

Attorney's Name: _____

Attorney's Address: _____

Attorney's Phone Number: _____ Fax Number: _____

Work Compensation Carrier: _____

WC Address: _____

WC Phone Number: _____ WCAB# _____

Authorized by: _____

Adjuster's Name: _____ Claim Number: _____

AUTHORIZATION OF RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND FILMS

I, _____, hereby authorize, the above-named facility, to release the medical records, diagnostic report and /or film of:

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record# _____

Specific exam(s): _____ Date of service: _____

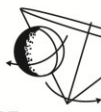
To:

Name: _____ Phone: _____ Address: _____

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 any fee associated with copying of second set of films. Applicable Fees: \$15.00 per film

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

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

ASSIGNMENT OF BENEFITS: I hereby authorize and direct my insurance carrier to pay directly to this provider of medical services any benefits due me under my insurance plan. I also hereby authorize this provider to use and disclose any of my personal medical information for treatment/diagnosis and payment (including to my insurance company). I agree to pay the balance of charges not paid under my plan. I am aware that if my account is not paid in full within 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. The returned checks will also be charged a \$25.00 fee. Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay attorney's fees and other collection expenses. IF I AM UNINSURED, I am fully responsible for all charges.

Signature: _____ Date: _____

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 assistants 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 procedures conducted in the Imaging Center.

Signature: _____ Date: _____

LIFETIME MEDICARE B SIGNATURE AUTHORIZATION: I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and center for Medicare & Medicaid Services or it's intermediaries or carriers, or to the billing agent of the Imaging Center any information needed for this or a related Medicare claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical benefits be made to the holder of this assignment on my behalf. I understand that I am responsible for any deductible and coinsurance.

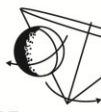
Signature: _____ Date: _____

IF PATIENT IS UNDER 18: I hereby give my permission for _____ to be treated at the Imaging Center.

In accordance with city, state, and federal laws and regulations, including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), Carlsbad Imaging Center 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, or health care operations. I am aware that I can request to review the policy of Carlsbad Imaging Center for patient's privacy.

Signature: _____ Date: _____

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@IMPERIALCOUNTRYRADIOLOGY.COM
WWW.IMPERIALCOUNTRYRADIOLOGY.COM

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

REGISTRO DE COMPENSACIÓN LABORAL

APELLIDO _____ NOMBRE _____
MÓVIL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
TELÉFONO FIJO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ GÉNERO _____
Número de licencia de conducir/estado _____

Dirección/PO BOX _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (nombre y número de teléfono) _____

Nombre del médico remitente: _____ Teléfono: _____ Número de fax: _____

Nombre del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

Número de teléfono del abogado: _____ Número de fax: _____

Aseguradora de compensación laboral: _____

Dirección WC: _____

Número de teléfono WC: _____ WCAB# _____

Autorizado por: _____

Nombre del perito: _____ Número de reclamación: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y PELÍCULAS

Yo, _____, por la presente autorizo a la instalación mencionada anteriormente a publicar los registros médicos, el informe diagnóstico y/o la película de:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Historial médico# _____

Examen(es) específico(s): _____ Fecha de servicio: _____

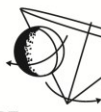
Para:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Entiendo que esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta que la revoque, por escrito. También acepto pagar cualquier tarifa asociada a la copia del segundo conjunto de películas. Tasas aplicables: 15,00 \$ por película

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

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@IMPERIALCOUNTRYRADIOLOGY.COM
WWW.IMPERIALCOUNTRYRADIOLOGY.COM

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

AUTORIZACIONES

CESIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo y ordeno a mi aseguradora pagar directamente a este proveedor de servicios médicos cualquier prestación que me corresponda bajo mi plan de seguro. También autorizo a este proveedor a utilizar y divulgar cualquier información médica personal para tratamiento/diagnóstico y pago (incluida la compañía de seguros). Acepto pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. Sé que si mi cuenta no se paga íntegramente en un plazo de 90 días desde la fecha del servicio, se añadirá una comisión adicional del 30% al saldo y 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 25,00 dólares. Si la cuenta se remite a un abogado para cobro, el firmante deberá pagar los honorarios de los abogados y otros gastos de cobro. **SI NO TENGO SEGURO, SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS.**

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/DIAGNÓSTICO MÉDICO: 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 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 los procedimientos diagnósticos realizados en el Centro de Imagen.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN VITALICIA DE FIRMA MEDICARE B: Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a facilitar a la Administración de la Seguridad Social y al centro de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o aseguradoras, o al agente de facturación del Centro de Imagenología cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada con Medicare. Permiso que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de la atención médica se concedan beneficios al titular de esta asignación en mi nombre. Entiendo que soy responsable de cualquier franquicia y coseguro.

Firma: _____ Fecha: _____

SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 18 AÑOS: Por la presente doy mi permiso para _____ ser tratado en el Centro de Imagen.

De acuerdo con las leyes y regulaciones municipales, estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), el Centro de Imagen de Carlsbad 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 o salud care operations. Sé que puedo solicitar revisar la política de privacidad de los pacientes del Carlsbad Imaging Center.

Firma: _____ Fecha: _____