

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC.

SERVICIO PROFESIONAL

Fecha: _____

Información del abogado:

RE: INFORMES MÉDICOS Y SERVICIO PROFESIONAL

Nombre del Paciente / Fecha de Nacimiento / Número de Acta: _____

Dirección: _____

Por medio de la presente autorizo a Professional Imaging Centers, Inc. de proporcionarle (a petición) de mi abogado, un informe completo del examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, ect. mío en relación con el accidente sucedido

Por medio de la presente le autorizo y le pido a usted, mi abogado, a pagar directamente a Professional Imaging Centers las sumas que se le adeuden por los servicios médicos que me han prestado tanto por accidente como por otras facturas que se les adeuden y a retener tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente su factura. Por este medio otorgo derecho sobre mi caso a Professional Imaging Centers contra todo y cualquier producto de cualquier arreglo, juicio o veredicto que pueda ser pagado a mi abogado, a mí mismo como resultado de las lesiones por las cuales he sido tratado o lesiones relacionadas con el mismo.

También entiendo plenamente que soy responsable directo y completamente de todas las facturas médicas presentadas por ellos por los servicios que me han prestado y que este acuerdo se hace únicamente para la protección adicional Professional Imaging Centers y en consideración de ellos a la espera de pago. También entiendo que tal pago no es contingente en ninguna solución, juicio o veredicto por el cual pueda eventualmente recuperar dicha tarifa.

También entiendo perfectamente que en el caso de que decida contratar a un abogado diferente al que se mencionó anteriormente, él / ella (el nuevo abogado) también honrará este desembolso. Cualquier fotocopia será válida como el original y cualquier gasto legal que ocurra como resultado de este acuerdo será pagado a la parte prevaeciente.

Por medio de la presente autorizo a los Consultores de Professional Imaging Centers a entregar cualquier documentación, películas o CD, detalles de mi cuenta a mi abogado.

Fecha:

Firma del Paciente:

Guardián legal:
(Si el paciente es menor)

El firmante de abajo, siendo el abogado del expediente para el paciente nombrado arriba por la presente acuerda observar todos los términos de lo antedicho y acuerda retener tales sumas de cualquier arreglo, sentencia o veredicto como sea necesario para proteger a Professional Imaging Centers.

Fecha: ___/___/___

Firma del Abogado: _____

Atención Abogado: POR FAVOR LEA, FIRME, FECHA Y DEVUELVA UNA COPIA A:

Professional Imaging Centers
1049 Willa Springs Dr., Ste 1051, Winter Springs, FL 32708
Phone (407) 657-7979 Fax (407) 388-0927

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC.

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO ESTÁNDAR DE PROTECCIÓN DE LESIONES PERSONALES PARA INICIAR TRATAMIENTO

El firmante, _____, la persona asegurada (o el tutor de dicha persona) afirma:

1. Los servicios o tratamientos que se establecen a continuación fueron efectivamente prestados. Esto significa que estos servicios ya han sido proporcionados.

2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya han sido proporcionados.
3. No he recibido llamadas o mercadeo de ninguna persona para buscar servicios con este proveedor médico en relación con los servicios descritos anteriormente.
4. El proveedor médico me ha explicado los servicios para los que se solicita el pago.
5. Si notifico por escrito al asegurador de un error en la facturación, puedo tener derecho a una parte en la reducción de las cantidades pagadas por mi aseguradora de vehículos. Si hay un error en la facturación, mi monto sería por lo menos el 20% del monto de la reducción, hasta \$ 500.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o Guardián de la persona asegurada:

Nombre (Imprenta)

Firma

Fecha

El firmante licenciado profesional médico o director médico, afirma que la declaración número 1 de arriba es válida y adicionalmente:

- A. No he solicitado o he causado que la persona asegurada, quien estuvo involucrada en un accidente de automóvil, fuera solicitada para hacer una reclamación por beneficios de Protección de Lesiones Personales.
- B. El tratamiento o servicios prestados fueron explicados a la persona asegurada, o a su guardián para que dicha persona firme este formulario con el consentimiento de lo que se le informo.
- C. La declaración de solicitud ha sido terminada en todas las áreas importantes y toda información relevante ha sido entregada. Esto significa que toda la información que ha sido solicitada ha sido respondida y entregada a tiempo.
- D. La codificación de los procedimientos en la declaración o proyecto de ley adjunto es adecuada. Esto significa que ningún servicio ha sido modificado, desagrupado o constituye una prueba diagnóstica no válida o médicamente necesaria como se define en la Sección 627.732 (14) y (15), Estatutos de Florida o Sección 627.736 (5) (b) 6, Estatutos de la Florida.

Licenciado Médico Encargado del Tratamiento /Director Médico, si es aplicable (Firma a mano del Médico):

Nombre (Impreso o Tipo)

Firma

Fecha

Cualquier persona que a sabiendas y tenga la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier asegurador y presenta una declaración de Reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado por la Sección 817.234 (1) (B), Estatuto de la Florida.

Nota: El original de este formulario debe ser proporcionado al asegurador conforme a la Sección 627.736 (4) (b), Estatutos de Florida y no puede ser enviado electrónicamente. El no proporcionar este formulario puede resultar en el no pago de la reclamación.

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, AUTORIZACIÓN PARA RESOLVER UNA RECLAMO Y DIRECCIÓN PARA PAGAR DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR MÉDICO

PACIENTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

NUMERO DE RECLAMO: _____ NUMERO DE CUENTA: _____

Con mi firma a continuación, para una buena y correcta evaluación, por medio de la presente asigno, transfiero y transmito a PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC. ("El Proveedor") todos y cada uno de los derechos, derechos e intereses a un reembolso de gastos médicos, beneficios médicos o beneficios de seguro de cualquier forma, incluyendo, pero no limitado a beneficios de gastos médicos u otros beneficios de salud indemnización pagaderos a mí . El pago de estos beneficios no excederá mi deuda con el Proveedor y por este medio reconozco que pagaré oportunamente cualquier deuda a mi Proveedor que no sea pagada por el seguro. También reconozco que cualquier gasto médico no cubierto bajo mi póliza de seguro será mi responsabilidad.

Además autorizo al Proveedor a negociar, cobrar y liquidar cualquier reclamo con cualquier asegurador u otro tercero. Esta autorización incluye, pero no se limita a:

- (1) Solicitar y recibir de cualquier asegurador o de cualquier otra parte toda la documentación y los registros que yo, el asegurado, tengo derecho con respecto a este reclamo, incluyendo, una declaración de cobertura, y la póliza de seguro de acuerdo con la Sección 627.4137. Además, el Proveedor tiene la autoridad para solicitar y recibir cualquiera de los siguientes: Solicitudes de Exámenes Médicos, Informes de Exámenes Médicos, Notificaciones sobre citas o exámenes médicos, Exámenes Bajo Solicitud de Juramento, informes o reportes de revisión por ambas partes, cartas o avisos de negación de cobertura, explicaciones de beneficios y cualquier registro creado y mantenido por mi seguridad para los beneficios de protección de lesiones personales pagados por la seguridad en mi nombre relacionados con este reclamo.
- (2) Aprobar, depositar y cobrar cualquier cheque o giro emitido para el pago de beneficios asignados. A través de esta cesión y notificación, le doy instrucciones al asegurador de proporcionarle al Proveedor copias de todos los avisos, investigaciones o decisiones de cobertura que puedan afectar el interés del asegurado o del Proveedor en este reclamo.

El Proveedor se opone a cualquier reducción o pago parcial de beneficios. Cualquier pago parcial o reducido, independientemente del idioma, expedido por el asegurador y depositado por el proveedor, se hará bajo el riesgo del asegurador. El depósito de cualquier pago no se considerará una renuncia, acuerdo, satisfacción, descarga, por parte del proveedor de aceptar una cantidad reducida como pago completo.

Pido a mi aseguradora de enviar todos los pagos por servicios prestados directamente al Proveedor a la dirección de facturación contenida en las facturas médicas del Proveedor o suministradas de otra manera al asegurador.

ESTE ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA E IRREVOCABLE DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO MI POLÍTICA DE SEGUROS.

Una fotocopia de este formulario será considerada como valedera y sirve como el original.

He leído lo anterior y entiendo y estoy de acuerdo con cada una de las disposiciones anteriores:

Firma del Paciente

Garantizador (si no es el paciente) Padre o Representante Legal

Relación con el Paciente

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC.

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE/LESION

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NUMERO DE CUENTA: _____ FECHA: _____

FECHA DE LESION/ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____ NOMBRE DE LA PRACTICA/COMPANIA: _____

PHONE NUMBER: _____ FAX NUMBER: _____

MARQUE CON UN CIRCULO LA OPCION QUE APLIQUE A USTED:

AUTOMOVIL MOTO BICICLETA OTRO: _____

MARQUE CON UN CIRCULO LA OPCION QUE APLIQUE A USTED: CONDUCTOR PASAJERO PEATON

ES USTED CULPABLE DEL ACCIDENTE: SI NO

FUE USTED HOSPITALIZADO: NO SI; NUMERO DE DIAS EN EL HOSPITAL: _____

LISTA DE EXAMENES REALIZADOS EN EL HOSPITAL: _____

BUSCO AYUDA MEDICA EN LOS PRIMEROS 14 DIAS DESPUES DE SU ACCIDENTE: YES NO

NOMBRE DEL MEDICO: _____

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS

Lugar/Oficina: _____ Número de Cuenta: _____ Fecha de Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro social: _____

Nombre del Garantizador: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo/Otro: _____

Podemos contactarlo a cualquiera de los números telefónicos para discutir asuntos médicos y financieros? Sí Sólo a mi o

Medico que lo Refiere: _____ Número de Teléfono: _____ Fax: _____

Seguro Primario: _____ Número de Póliza: _____

Seguro Secundario Nombre y Numero de Póliza: _____

Accidente de Auto: Nombre y Número Telefónico del Abogado: _____

¿La información anterior es correcta valida? Sí No (Escriba la Dirección Correcta /y Número de teléfono a Continuación)

Requerimos que usted pague sus co-pagos y deducibles en el momento del servicio. Aceptamos dinero en efectivo, Cheques, Visa, MasterCard y American Express. Por favor entienda que cualquier dinero recaudado en el momento de la visita es sólo un monto estimado de su responsabilidad financiera y no representa la responsabilidad financiera total por los servicios prestados. En la mayoría de los casos, le cobraremos a su Seguro Medico. **Por favor entienda que esto lo hacemos como una cortesía para nuestros pacientes, no es nuestra responsabilidad.** Su contrato de Seguro Medico es entre usted y su compañía de Seguros. Es **SU** responsabilidad entender los términos y beneficios, que son parte de su contrato. Si no está seguro de cuáles son sus beneficios, debe comunicarse con su departamento de beneficios para verificar su cubrimiento antes de su visita.

Entiendo que, en la opinión del Médico que me refiere, los servicios que he solicitado que me sean proporcionados en el día de hoy son médicamente necesarios, pero puede que no estén cubiertos por mi compañía de seguros como razonables o médicamente necesarios para mi cuidado. Entiendo que mi compañía de seguros ha establecido los estándares de necesidad médica para los servicios que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios que solicito y recibo si estos servicios se determinan que son inconsistentes con mis estándares médicamente necesarios de mi compañía de seguros para mi cuidado o no son un beneficio cubierto. He leído lo anterior, he recibido una copia de la misma (a mi solicitud), y estoy personalmente facultado, o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante para realizar lo anterior. Es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros con respecto al pago y las autorizaciones requeridas antes de mi visita. Por la presente asigno a los beneficios de reembolso a Professional Imaging Center de todas las pólizas de seguro y / o pagos que de otro modo se pagarían al paciente por el servicio prestado. Autorizo a Professional Imaging Centers, Inc. a presentar reclamos a los administradores de planes de seguros, y/o a abogados y aplicar los ingresos del seguro a Professional Imaging Centers, Inc. Si los reembolsos son de la provisión de tales pólizas de seguro, también asigno todos los derechos, como El asegurado, para entablar una acción contra mi compañía de seguros por los beneficios debidos en virtud de las pólizas de seguro. Si su compañía de seguros no ha pagado su factura en su totalidad dentro de 60 días, se espera que usted que pague el saldo en su totalidad. Todo balance o saldo que sea su responsabilidad y que el seguro no haya cubierto debe ser pagado por usted dentro de 30 días después de haber recibido la factura. En caso de un balance o saldo alto, podemos organizar un plan de pago adecuado para todas las partes interesadas. Autorizo totalmente a Professional Imaging Centers (Consultantes), Inc. a presentar apelaciones a mi nombre cuando sean necesarias.

FIRMA DEL PACIENTE

Garantizador (si no es el paciente) Padre/Madre o Tutor Legal/Relación

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Responsabilidad financiera de Hoy \$ _____ Saldo Anterior \$ _____ Otras Cantidades \$ _____ Total Monto Debido por Paciente \$ _____

Efectivo, VS, MC, AMEX, Discovery, Cheque/ No.

Pago por _____ # _____ Cantidad del Monto \$ _____ Saldo a Deber \$ _____ Quien Recidió Pago _____

CC INFORMAR A: _____ Seguro Medico Primario Activo: _____ Seguro Medico Secundario Activo: _____

CODIGO DE AUTORIZACIÓN CPT _____ DOS _____ FECHA DE EXPIRACION _____ # DE AUTORIZACION _____

CODIGO DE AUTORIZACIÓN CPT _____ DOS _____ FECHA DE EXPIRACION _____ # DE AUTORIZACION _____

CODIGO DE AUTORIZACIÓN CPT _____ DOS _____ FECHA DE EXPIRACION _____ # DE AUTORIZACION _____

ESTUDIOS PRELIMINARES: _____

TECNICO _____ RADIOLOGO _____ CÓDIGO CPT DE CONTRASTE EN CT/MR _____ # DE UNIDAD: _____ ML

CÓDIGO CPT _____ CÓDIGO DE ESTUDIO INTERNO _____ CÓDIGO CPT _____ CÓDIGO DE ESTUDIO INTERNO _____

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC.

1049 WILLA SPRINGS DR., STE 1051, WINTER SPRINGS, FL 32708; Phone: (407) 657-7979 FAX (407) 678-9938

AUTORIZACIÓN DE HIPPA Y SOLICITUD PARA LA DIVULGACION DE INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Es de mi conocimiento que hay una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad que esta disponible para mi cuando la solicite; el cual describe cómo se utilizará, revelará, protegerá y cómo puedo obtener acceso a mi información.

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), por la presente autorizo a los siguientes proveedores: (Enumerar a todos los proveedores a quienes se compartirá esta información) a divulgar la siguiente información de salud protegida a Professional Imaging Centers.

(Marque según corresponda)

- Copias de las pruebas de diagnóstico de imágenes realizadas en los últimos siete años.
- Antecedentes médicos, incluyendo notas de progreso específicas sobre cualquier problema que pueda afectar una cirugía, el progreso o resultado de un procedimiento.
- Una lista de alergias.
- Resultados de pruebas de diagnóstico o de laboratorio.
- Otro:

Esta información protegida de salud se está siendo utilizada por la facilidad con el propósito de prepararse para un procedimiento ambulatorio en Professional Imaging Centers y / o en Professional Imaging Consultants. Esta autorización estará en vigor hasta: ____/____/____

Entiendo que, según lo establecido en el Aviso de Privacidad de la Institución de Salud, tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a:

Professional Imaging Centers - Attn: Privacy Officer
1049 Willa Spring Dr., Suite 1051, Winter Springs, FL 32708

- Autorizo a Professional Imaging Centers a publicar imágenes y / o informes sobre mis exámenes radiográficos a los proveedores de atención médica que me proporcionarán tratamiento o servicio médico.
- Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que la institución de salud haya confiado en el uso o divulgación de la información de salud protegida.
- Entiendo que la información utilizada y revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del receptor y ya no va a estar protegida por la ley Federal o Estatal.
- Entiendo que el Centro de atención Médico no medirá mi tratamiento o servicios ya sea que yo autorice o no autorice la divulgación de la información solicitada.

DIVULGACION DE REGISTROS MEDICOS DE PROFESSIONAL IMAGING CENTERS (REQUIERE AVISO DE 48 HORAS):

Yo, _____, por medio de la presente, autorizo a Professional Imaging Centers, Inc. a compartir/ divulgar información médica, financiera, y / o copias de mi expediente médico a cualquier garantizador de pago a mi cuenta, cualquier compañía de seguros a la que se hayan asignado beneficios y / o a la(s) persona(s) enumeradas a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del Paciente o Representante Personal

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del Paciente o Representante

Descripción Personal del Representante

Enviar Informes por Fax a: Professional Imaging Centers: _____ Atención: _____

PROFESSIONAL IMAGING CENTERS, INC.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Número de Cuenta: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Peso: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

PACIENTES FEMENTINOS: ¿EMBARAZADA? Sí No ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL _____

Con lo dicho anteriormente, por medio la presente declaro que, a mi conocimiento, no estoy embarazada, ni se sospecha o se confirma un embarazo en este momento y deseo que se realice un examen radiográfico ahora. Hay un riesgo de radiación y de atracción de un imán; con la posibilidad de dañar o perjudicar al feto; Por lo tanto, si hay una posibilidad de que esté embarazada, no debe participar en el estudio antes de tener una prueba para confirmar el no- embarazo. (_____) Por favor colocar su iniciales.

MARQUE SI TIENE O HA ALGUNA VEZ HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> REACCIÓN ALÉRGICA A UN MRI O CONTRASTE CT | <input type="checkbox"/> TOMA GLUCOPHAGE, GLUCOVANCE, O METFORMINA |
| <input type="checkbox"/> ALÉRGICA A YODO / MARISCOS | <input type="checkbox"/> METAL SHRAPNEL / FRAGMENTOS / IMPLANTES |
| <input type="checkbox"/> ANEURISMA CEREBRAL (CLIP) | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE CABEZA (CEREBRO, OJOS, OÍDOS) |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RENALES (RIÑONES) | <input type="checkbox"/> SICKLE CELULA ENFERMISA |
| <input type="checkbox"/> ESTIMULADORES ELECTRICOS | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> PRESIÓN ALTA SANGUÍNEA | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS |
| <input type="checkbox"/> ESTENOS METALICOS | <input type="checkbox"/> CIRRUGIA O ENFERMEDADES DEL CORAZON |
| <input type="checkbox"/> HISTORIA DEL CÁNCER: PRESENTE O PASADO / TIPO DE CÁNCER: _____ | |
| <input type="checkbox"/> PERSISTENT COUGH: <input type="checkbox"/> WITHIN THE LAST 3MOS <input type="checkbox"/> LASTING OVER 3MOS | |
| ¿USTED FUMA?: <input type="checkbox"/> ACTUALIDAD <input type="checkbox"/> EN EL PASADO <input type="checkbox"/> FUMADOR DE SEGUNDA | |
| <input type="checkbox"/> INSTANCIA(EXPUESTO) (marque todas las que aplican) | |

¿HISTORIA DE CIRUGÍAS? (TIPO Y FECHA): _____

LISTA DE ALERGIAS: _____

LISTA DE EXAMENES ANTERIORES RELACIONADOS CON EL ESTUDIO DE HOY (NOMBRE DE LA FACILIDAD, FECHA, TIPO DE EXAMEN): _____

¿HA ESTADO USTED EN NUESTRA FACILIDAD ANTERIORMENTE, CUANDO?: _____

** Pueda que usted reciba un contraste intravenoso y / o un contraste oral para mejorar la visibilidad de ciertos tejidos. Los efectos secundarios posibles incluyen, pero no se limitan a: náuseas, una sensación de calor enrojecido, reacción alérgica potencial incluyendo, pero no limitado a una respiración sibilante, dificultad para respirar en casos raros, choque anafiláctico _____ (INICIALES)

** Yo, el abajo firmante, certifico que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas a mi conocimiento. Le doy a Professional Imaging Centers el permiso para realizar los exámenes solicitados por mi médico. He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido y todas mis preguntas han sido contestadas.

FIRMA O FRIMA DEL TUTOR LEGAL FECHA RELACION CON EL TUTOR

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

EXAMEN: MR CT XRAY _____ MVA / DOI: _____

CONTRASTE _____ DX: _____

DOLOR: ASCENDIENTE DESENDIENTE AGUDO CRONICO

LESION/FRACTURA: ABIERTO CERRADO TENSION ESGUINCE

UBICACIÓN: INFERIOR SUPERIOR INTERIOR EXTERIOR DERECHO IZQUIERO BILATERAL

ESTUDIO INICIAL O DE SEGUIMIENTO: _____ PRIORS: _____

RADIOLOGOS: _____ TECNICO: _____

SINTOMAS / COMENTARIOS: _____

EL DOCUMENTO ANTERIOR FUE TRADUCIDO POR _____ EL _____