

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.
CUESTIONARIO DE DENSIDAD ÓSEA

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

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO NOMBRE

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Peso: _____ Estatura _____

¿Alguna vez has tenido un examen de Densidad Ósea /Dexa Scan antes? No Si

POR FAVOR LEER: La mayoría de los seguros médicos Preventivos le permiten 1 Dexa cada 2 años; Si usted ha tenido un Dexa dentro de un período de 2 años, puede que no lo cubra su seguro y puede resultar una responsabilidad financiera para usted. Es responsabilidad del paciente conocer su cobertura médica y limitaciones para estos servicios.

En caso afirmativo, cuando: _____ Dónde: _____

Resultados: Normal Osteopenia Osteoporosis

Si No ¿Toma algún medicamento para Osteopenia u Osteoporosis?
En caso afirmativo, ¿Qué medicamentos: _____

Si No ¿Tiene antecedentes familiares de osteoporosis?

Si No ¿Ha experimentado alguna pérdida de estatura?

Si No ¿Ha pasado por la menopausia? En caso afirmativo, ¿Qué edad? _____
¿Natural o quirúrgica? _____ Ovarios extraídos- uno o ambos _____

Si No ¿Está tomando algún tipo de terapia para el reemplazo hormonal?

Si No ¿Toma algún suplemento de calcio?

Si No ¿Ha tenido algún tipo de cirugía de columna vertebral? ¿Qué parte de la columna vertebral? _____

Si No ¿Ha tenido alguna fractura como adulto? ¿Qué partes del cuerpo? _____

Si No ¿Ha tenido alguna cirugía en sus caderas? Derecha Izquierda Cuando _____

Si No ¿Está tomando corticosteroides / esteroides actualmente?

Si No ¿Actualmente está tomando algún medicamento para la tiroides? Hace cuánto? _____
Nombre del Medicamento _____

Si No Usted Fuma? Cuántos _____

Si No Bebe más de dos (2) bebidas alcohólicas al día?

¿Con qué mano escribes? Derecha Izquierda

Firma del Paciente

Para Uso Exclusivo de Oficina

Nombre del Técnico: _____ Nombre del Radiólogo: _____

Exámenes Previos a comparar: Fecha: _____ Tipo de Examen: _____

Dx: _____

Comentarios: _____