

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"/> CIRURGIA 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 _____