

# 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.

## HISTORIA DEL MAMOGRAMA DEL PACIENTE

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

¿Está usted EMBARAZADA ahora o existe la posibilidad de que podría estar embarazada?  Si  No

¿Cuántos hijos ha tenido? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado una mamografía anteriormente?  No  Si \_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**La mayoría de los beneficios de cuidado preventivo permiten 1 mamografía de detección cada año; Si usted tuvo una mamografía de detección dentro de un período de 1 año, usted puede no estar cubierto por su seguro y puede tener una responsabilidad financiera. Es responsabilidad del paciente conocer su cobertura de seguro y las limitaciones de sus servicios.**

¿Tienes algún problema **NUEVO** de mama **ahora**?  No  Si

Diferentes grumos en cualquiera de los senos  Derecho  Izquierdo

Irregularidad (cambios fibroquísticos)  Derecho  Izquierdo

Molestia, dolor  Derecho  Izquierdo

Descarga del pezón  Derecho  Izquierdo

¿Actualmente está tomando Hormonas?  No  Si ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cáncer de:  Mama  Útero  Ovarios  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene una **HISTORIA FAMILIAR** de cáncer de mama?  No  Si ¿Quién? \_\_\_\_\_

Por favor, marque si ha tenido previamente alguno de los procedimientos de mama a continuación::

Biopsia con Aguja  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Biopsia Quirúrgica  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Remover Quiste  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Implants Right  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Reducción/ Levantamiento  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Lumpectomía  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Mastectomía  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Radiación  Derecho  Izquierdo ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente, verifico que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a Professional Imaging Centers, INC 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 del Paciente  
 \_\_\_\_\_ **Para Ser Completado por Tecnólogo** \_\_\_\_\_

Nombre del Técnico: \_\_\_\_\_ Radiólogo: \_\_\_\_\_

Examen: \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

