

Información del paciente:

M F

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

(opcional)#: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono #: _____ Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Representante autorizado del paciente para registros médicos:

(En tu vida personal, ¿quién puede acceder a tus registros?)

Indique con SÍ o NO un representante autorizado a quien podamos divulgar información médica protegida, incluyendo, entre otros, informes/películas, información de seguros e información financiera.

1) Elija una opción a continuación:

S or N →

2) Debe poner sus iniciales a continuación:

Iniciales del paciente/tutor: _____ ↓

3) Si marcó "S", continúe con la siguiente línea: ↓

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO INTERNO: (DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

Información del GARANTE: (Responsable financiero, Padre/Madre, Apoderado)

SER

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

de seguro social: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono #: _____ Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Information del SEGURO:

1) Nombre de la aseguradora: _____ Número de ID de miembro: _____

Titular de la póliza: SER or Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

2) Nombre de la aseguradora: _____ Número de ID de miembro: _____

Titular de la póliza: SER or Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

3) Nombre de la aseguradora: _____ Número de ID de miembro: _____

Titular de la póliza: SER or Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso sobre la Ley de Protección al Consumidor Telefónico y otras comunicaciones: Para gestionar su cuenta o cobrar cualquier cantidad adeudada, Premier Mountain Imaging Center podrá contactarme por teléfono a cualquier número asociado a mi cuenta, incluyendo, entre otros, números de teléfono móvil o inalámbrico, lo que podría generar un cargo. **Comprobante de seguro/Formularios de referencia:** Es posible que le solicitemos una copia de su licencia de conducir y su tarjeta de seguro vigente como comprobante de cobertura. Si no recibimos la información correcta, usted podría ser responsable del pago. Si no cuenta con su tarjeta de seguro, deberá pagar al momento de recibir el servicio. Una vez que obtengamos su información de seguro, facturaremos a la compañía aseguradora y le reembolsaremos cualquier sobrepago una vez que su plan de seguro haya pagado la reclamación. Infórmenos sobre cualquier cambio en su seguro realizado después de la firma de este acuerdo/fecha del servicio. Las aseguradoras tienen plazos específicos para la presentación de reclamaciones y requisitos de preautorización para ciertos servicios. Si no nos proporciona la información de seguro actualizada dentro de los plazos establecidos por la aseguradora, deberá pagar el costo total de los servicios. Si se requería autorización previa para servicios ya recibidos y su reclamación es denegada por falta de autorización, deberá pagar el costo total de los servicios. **Copagos, Deducibles y Coseguro:** Usted acepta pagar todos los copagos, deducibles y coseguros al momento de realizarse sus exámenes, según lo requiera su plan de seguro. El pago al momento del servicio es un estimado del monto adeudado. El monto final adeudado no se puede calcular hasta que su compañía de seguros procese el reclamo. Además, el estimado del monto adeudado al momento del servicio puede cambiar con el tiempo debido a los cargos deducibles procesados por otros servicios médicos prestados. **Servicios no cubiertos:** En algunos casos, los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por Medicare u otros planes de seguro. En estos casos, deberá pagar estos servicios en su totalidad al momento de su examen. Los pacientes de Medicare pueden tener que completar un formulario de Aviso Anticipado al Beneficiario por separado para que se les presten los servicios. **Cesión de Beneficios:** Al firmar este formulario, usted acepta irrevocablemente ceder todos los beneficios de su seguro a Premier Mountain Imaging Center por los servicios prestados y autoriza a Premier Mountain Imaging Center a presentar un reclamo a Medicare o a cualquier plan de seguro registrado. Presentaremos su(s) reclamación(es) a su plan de seguro y le brindaremos la asistencia necesaria para que este cubra la(s) reclamación(es). **Cobranzas:** Una vez que una cuenta se encuentra en cobranza, todos los servicios futuros deberán pagarse en su totalidad al momento de la prestación del servicio. Se aplicará un cargo de \$25.00 por cada cheque devuelto. Las políticas de pago del paciente podrían no aplicar en ciertos casos, incluyendo, entre otros, los casos de compensación laboral. **Aviso de Prácticas de Privacidad y Reconocimiento de Derechos del Paciente:** Mediante mi firma, confirmo haber recibido el aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) y el reconocimiento de los Derechos del Paciente del proveedor, y haber tenido la oportunidad de leerlos. **Autorización para la Divulgación/Solicitud de Información:** Premier Mountain Imaging Center podrá divulgar la totalidad o parte del historial médico y/o financiero del paciente a su plan de seguro para determinar la elegibilidad para beneficios, a los médicos remitentes y a otros proveedores de atención médica responsables de la continuidad de la atención al paciente. Podríamos solicitar información de salud relacionada con los estudios de imagen realizados por Premier Mountain Imaging Center. Esto puede incluir, entre otros, radiografías previas, síntomas/historial, resultados de laboratorio, resultados de patología, etc. Entiendo que la autorización del Representante Autorizado del paciente mencionado anteriormente tendrá una vigencia de 1 año o hasta mi próxima cita, lo que ocurra primero. **Consentimiento General para el Tratamiento:** Al firmar a continuación, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a Premier Mountain Imaging Center y a su personal a realizar cualquier examen, prueba o procedimiento diagnóstico, y a proporcionarme cualquier medicamento o tratamiento para evaluar y mantener mi salud de manera efectiva, así como para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesión. Entiendo que es responsabilidad de mi(s) profesional(es) de la salud tratante(s) explicarme los motivos de cualquier examen, prueba o procedimiento diagnóstico, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos y beneficios comunes asociados con dichas opciones, así como los tratamientos alternativos. **Derecho a Rechazar el Tratamiento:** Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que conservo el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento o medicamento recomendado o considerado médicamente necesario por mi médico remitente. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías sobre los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

Al firmar a continuación, declaro que entiendo y acepto las políticas y el acuse de recibo anteriores.

Paciente/Tutor/Representante:

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____