

DEMOGRAPHICS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha		Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Dirección				Ciudad		Estado	Código Postal
Sexo	Fecha de Nacimiento	Seguro Social		Teléfono de Casa		Teléfono Celular	
Dirección de correo electrónico			Empleo		Ciudad	Estado	Teléfono De Trabajo

INFORMATION DE PADRES, SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDED

Relación al Paciente		Apellido		Primer nombre		Seguro Social	
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal	Teléfono de Casa
Empleo			Ciudad			Estado	Teléfono De Trabajo
Nombre del Cónyuge			Empleo				Teléfono

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguro		Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	Mismo	Cónyuge	Niño	Otros
Seguro social	# de identificación de seguro		# de grupo			Insurance Phone #		
Seguro Secundario		Tenedor de póliza		Fecha de nacimiento	Mismo	Cónyuge	Niño	Otros
Seguro social	# de identificación de seguro		# de grupo			Telefono de seguro		

ACCIDENTE DE AUTO / COMP DE TRABAJO

¿Accidente? Circle One	Fecha de Accidente / Lesión		Lugar del accidente:	Trabajo	Automovil	Hogar	Escuela	Otros:
Si	No							
Compañía de seguros		Número de reclamo		Nombre del Ajustador			Teléfono del Ajustador	
Bufete de abogados		Nombre del abogado		Nombre de ayudante legal			Teléfono de abogado	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Pariente mas cercano o amigola que no vivan con usted		Dirección		Teléfono	
Referido			Médico de familia		

CONSENTIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

Este procedimiento, junto con cualquier procedimientos relacionados adicionales o diferentes que en opinión del médico supervisor o el radiólogo podrá indicarse, se realizará en usted por el tecnólogo. Salt Lake MRI mantiene personal e instalaciones para ayudar a su médico y tecnólogo en su desempeño de diversos procedimientos de diagnóstico. Todos estos procedimientos pueden implicar riesgos, resultados infructuosos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte por causas conocidas y desconocidas. Ninguna garantía se hace para los resultados.

Usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, así como la naturaleza del procedimiento, beneficios esperados o efectos de ese procedimiento y los métodos de diagnóstico y sus riesgos y beneficios. Excepto en casos de emergencia, procedimientos no se realizan hasta que hayan tenido la oportunidad de recibir esta información y han dado su consentimiento. Tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento anterior a su rendimiento. Mediante la firma de este documento, usted certifica que su médico o tecnólogo ha totalmente aconsejado de estas cuestiones. Autoriza SLMRI para transferir a otro centro de atención de salud si el médico en el sitio piensa que es necesario. Además, usted también acepta la liberación de sus registros médicos para tales instalaciones u otros médicos, si es necesario.

Su firma a continuación certifica que ha leído y comprendido la información. Proporcionado en este formulario, que el procedimiento establecido anteriormente ha sido debidamente explicado a usted por tu tecnólogo, que han tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han recibido toda la información que desee sobre el procedimiento, y que autoriza y da su consentimiento para la realización de los procedimientos.

FIRMA _____ FECHA _____ RELACION AL PACIENTE _____

FORMA DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA

Acceso y autorización para divulgar información protegida de salud conforme a la publicación de la HIPAA, 45 C.F.R. Parts 160 and 164)

1. Autorización

Yo autorizo los siguientes individuos para poder recibir mi información de salud protegida:

Su médico de referencia será incluido en esta lista automáticamente

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

No deseo otorgarle acceso a nadie para mis registros médicos.

2. Periodo de Vigencia

Esta autorización para divulgar información cubre un periodo de un año a no ser que se indique diferente:

_____ a _____

Todo periodo, pasado, presente, y futuro

3. Esta información médica puede ser usada por la persona(s) que yo autorice recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturas, pago de reclamos, o cualquier otra razón que yo indique.
4. Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización, en escrito, a cualquier momento. Yo entiendo esta revocación no está en efecto al grado que cualquier persona o entidad ya haya actuado en dependencia en mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición de obtener cobertura médica y el asegurado tiene derecho legal para impugnar una reclamación.
5. Yo entiendo que me tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios no serán condicionado si firmó la autorización.
6. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

Firma _____ Fecha _____ Relación al paciente _____

Nombre Impreso _____

POLÍZA FINANCIERA US MRI

Nombre del Paciente _____

Es nuestra póliza informarle de nuestro procedimiento de pagos para pacientes. USMRI le envía la factura a seguros medicos del paciente como cortesía. El contrato que usted ha obtenido con su seguro medico es solamente entre la compania de seguro medico y usted. Si sus servicios son proporcionados a través de un gravamen, usted es responsable del balance si el abogado retira su representacion.

Favor de revisar las secciones continuas atentamente:

1. Usted es responsable por deducibles, copagos, servicios no cubiertos, coaseguros, y servicios considerados "un beneficio no cubierto" por su seguro medico. Favor de pagar copagos y coaseguros al momento de los servicios. Cualquier balance no pagado después de 90 días de la fecha en que los servicios fueron rendidos sera considerada "delincuente". Si usted o su seguro medico hacen un pago excediendo el balance en la cuenta, el reembolso sera remitido. Si un pago no se puede hacer, favor de comunicarse con el coordinador de cuentas para hacer arreglos. Es responsabilidad del paciente conocer su plan de seguro medico. Si usted ha proporcionado información errónea, usted sera responsable del balance.
2. **Compensation de trabajadores**
Como un paciente de compensación de trabajadores, usted puede ser cubierto por un seguro medico si su lesion es reportada y verificada con su empleo. Favor de notificar el personal de USMRI que su lesion fue causad en su empleo. Un gravamen no puede ser firmado para una lesion de empleo. El paciente es responsable de proporcionar información correcta y responsable por el balance restante.
3. **Lesiones personales**
Si usted es paciente de lesiones personales, nuestra oficina sera responsable de facturar los servicios a los seguros correspondientes. Si un pago no es obtenido por medio del seguro, usted sera responsable por los cargos de los servicios prestados. Favor de proporcionar la información necesaria para facturar los servicios al momento que los servicios son prestados. El paciente sera responsable por cualquier balance restante.
4. **Cargos por devolución de cheques**
Habrá un costo de \$25 por cualquier cheque votado que se presente.
5. **Pagos en efectivo**
Precios reducidos para pagar en efectivo son ofrecidos para pacientes que no tienen seguro medico o tienen un deducible alto. Ofrecemos estos descuentos como cortesía para que los servicios sean accesible para nuestros pacientes. Si se la ha ofrecido un precio reducido, usted a renunciado al derecho de que se le envíe una factura a su seguro medico respecto a los servicios del dia de hoy. Si pagos no son recibidos a la cuenta después de 90 días, la cuenta sera enviada a una agencia de colecciones por el costo completo del examen sin el descuento que se fue ofrecido en un principio.

Costo y honorarios de abogados: Si cualquier acción legal es necesaria para hacer cumplir los términos de este acuerdo, o si es necesario recurrir a los servicios de un abogado, el paciente se compromete cubrir los honorarios del abogado y costos de la corte ademas de cualquier desagravio a la cual podamos ser titulados. Si el paciente es incapaz de pagar cualquier cantidad al vencimiento del acuerdo, el paciente se compromete a pagar los gastos de colección hechos por USMRI al tratar de cobrar dichas cantidades además de los honorarios del abogado y costos anteriormente mencionados. En el caso de que exista un balance, el paciente se compromete a pagar una cuota de colección que no exceda un 40% al balance. Usted autoriza que le llamemos a cualquier numero que usted nos proporcione. Usted nos autoriza agregarle al balance cualquier cuota incurrido por tratar de comunicarnos con usted por llamadas entrantes o salientes entre nosotros hacia usted.

X _____
Firma del paciente o la persona responsable fecha

Padre o guardian (nombre en imprenta)

relación al paciente