



Servicios Médicos  
Para Rayos X

Patient (Paciente): \_\_\_\_\_ Date of Injury (Fecha de Herida): \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_ Our File #: \_\_\_\_\_

I hereby authorize Universal Imaging Center to furnish you, my attorney, with a full report of his examination, diagnosis, treatment, prognosis, etc., of myself in regard to the accident in which I was recently involved. (Por la presente autorizo al Universal Imaging Center a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mí mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado.)

I hereby authorize and direct you, my attorney, to pay directly to said doctor such sums as may be due and owing him for medical services rendered me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due his office and withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect said doctor. I hereby further on my case to said doctor against any and all proceeds of my settlement, judgment or verdict which may be paid to you, my attorney, as the result of the injuries for which I have been treated or injuries in connection therewith. (Por la presente le autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas que le correspondan y que lo posea por los servicios médicos que me prestaron ambos en razón de este accidente y en razón de cualquier otro recibo que deba pagarle y retenerlo. tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sean necesarios para proteger adecuadamente a dicho médico. Continuamente en mi caso a dicho doctor contra cualquier producto de mi acuerdo, fallo o veredicto que pueda ser pagado a usted, mi abogado, como resultado de las lesiones por las cuales he sido.)

I agree never to rescind this document and that a rescission will not be honored by my attorney. I hereby instruct that in the event another attorney is substituted in this matter, the attorney honor this lien as inherent to the settlement and enforceable upon the case as if it were executed by him. (Estoy de acuerdo en no rescindir este documento y que mi abogado no cumplirá con la rescisión. Por la presente, doy instrucciones de que, en caso de que se sustituya a otro abogado en este asunto, el abogado respete este derecho de retención como inherente al acuerdo y ejecutable en el caso como si fuera ejecutado por él.)

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all medical bills submitted by him for services rendered me and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment. And further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee. Services rendered to me and this agreement is solely for Universal Imaging Centers' additional protection. I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee. (Entiendo completamente que soy responsable directa y directamente con dicho médico de todas las facturas médicas presentadas por él por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho médico y en consideración de su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa. Los servicios prestados a mí y este acuerdo son exclusivos para la protección adicional de Universal Imaging Centers. Además, entiendo que dicho pago no está sujeto a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.)

Please acknowledge this letter by signing below and returning to the doctor's office. I have been advised that if my attorney does not wish to cooperate in protecting the doctor's interest, the doctor will not await payment but will require me to make payments on a current basis. (Por favor, reconozca esta carta firmando a continuación y regresando a la oficina del doctor. Se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar para proteger los intereses del médico, el médico no esperará el pago sino que me exigirá que realice los pagos de forma corriente.)

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature (Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

The undersigned, being attorney of record for the above patient does hereby agree to observe all the terms of the above and agrees to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to protect Universal Imaging Center at the time settlement funds are received by me. In the event that this case is transferred to another attorney, the undersigned attorney agrees to give notice of this lien and assignment of right to payment to any such new attorneys. (El abajo firmante, que es el abogado registrado del paciente anterior, acuerda observar todos los términos de lo anterior y acuerda retener tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sea necesario para proteger el Centro de Imágenes Universales en el momento en que se liquiden los fondos. recibido por mí En el caso de que este caso sea transferido a otro abogado, el abogado abajo firmante acuerda notificar este gravamen y la cesión del derecho de pago a dichos nuevos abogados.)

\_\_\_\_\_  
Attorney's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**Se acostumbra a pagar por los servicios médicos, ya que son prestados.**

**Información del paciente:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

**Estado del paciente:**

- Soltero     Casado     Otro     Empleado     Medio Tiempo     Estudiante  
 Estudiante de tiempo completo

**Si a continuación aplicables completa:**

Tipo de accidente:  Auto     Otro

Fecha de herida: \_\_\_\_\_

Si el auto, darle Estado: \_\_\_\_\_

Está relacionada con el trabajo lesión?  Sí  No

Si relacionada con el trabajo, el nombre de la afirmación del ajustador:

\_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de caso #: \_\_\_\_\_

**Autorizo el tratamiento del paciente antes mencionado.**

**Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los cuales tengo derecho a *Universal Imaging Center*.**

**Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos o no paga por el seguro.**

**Por la presente autorizo la entrega de cualquier información necesaria para procesar mi reclamo a mi compañía de seguros. Me permito una fotocopia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.**

**Por la presente autorizo *UNIVERSAL IMAGING CENTER*, para obtener en mi nombre, los registros médicos completos, incluyendo las radiografías e informes referentes a mi enfermedad y / o tratamiento.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Historia de la Medicina**

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

**Por favor, conteste a las siguientes preguntas:**

1. ¿Qué parte de su cuerpo se ve afectado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son sus síntomas (dolor, hinchazón, mareos, disminución de la audición o visión, etc.)?

\_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido una lesión o accidente con la parte afectada del cuerpo? En caso afirmativo, ¿cuándo fue esto? ¿lesión?

\_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido una cirugía para este problema o cualquier cirugía en el pasado que podría estar relacionado con la parte del cuerpo afectada?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Por favor indique cualquier otra información importante o pertinente que se pueda imaginar que sería de ayuda en la que le da la mejor respuesta y diagnóstico médico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Indique cualquier alergia que tenga:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada o cree que puede estar embarazada? Si no \_\_\_\_\_

***A lo mejor de mi conocimiento, no hay posibilidad de que pueda estar embarazada y desea proceder con el examen radiográfico ordenados por mi doctor en el entendido de que en caso de emergencia, puede ser peligroso y perjudicial para mi hijo por nacer.***

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente  
(Padre o tutor si es menor de edad)

\_\_\_\_\_

Fecha



**Asignación e Instrucción de Pago Directo**

A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Re: Paciente: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_  
SS No .: \_\_\_\_\_ Grupo / Póliza: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

El abajo firmante, por la presente autorizo a **UNIVERSAL IMAGING CENTER** de proporcionar información a mi compañía (s) de seguro en relación con este asunto y por este medio irrevocablemente negociar, vender, transmitir y asigno a **UNIVERSAL IMAGING CENTER** mis derechos, títulos e intereses de ese dinero que me corresponde de conformidad a las disposiciones de pago de medicina de mis políticas con todas las compañías de seguros que proporciona beneficios para mí o los demás sin tener en cuenta o fallo.

Además, ordeno que dicho vehículo (s) incluyendo soporte (s) Médicos Mayores hizo el pago directamente a **UNIVERSAL IMAGING CENTER**.

En el caso de mi política proporciona el pago directamente a mí, ordeno que dichos fondos se pagarán a **UNIVERSAL IMAGING CENTER** y me conjuntamente, y no de otra manera. Este pago conjunto es para ser enviada directamente a única **UNIVERSAL IMAGING CENTER** más Garantizo y garantía de que Poseer los derechos que le estoy asignando y tampoco ha informado ni estoy al tanto de cualquier reserva, gravamen u otro deterioro que afecta a su validez, la transferibilidad o transferibilidad.

Entiendo que sigo siendo directamente responsable de dicho **UNIVERSAL IMAGING CENTER** para los honorarios o servicios prestados y que mi obligación de pagar tales honorarios no está supeditada a la recepción de cualquier arreglo o la recuperación de cualquier vehículo (s) de seguro.

Se le notifica que esta asignación se inscribe en el ámbito de la Sección 10122 del Código de Seguros de California, en su versión modificada el 25 de mayo de 1967 y, además, que el pago al cedente después de la fecha de esta notificación usted estará sujeto a la doble responsabilidad de conformidad con el disposición del Código Civil de California, Sección 954 y 955, según enmendada, y los casos que interpretan ellos.

Una reproducción fotográfica de esta autorización y la firma puede ser utilizada en lugar de la original.

\_\_\_\_\_  
Asegurado / paciente  
(Tutor, si el Menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha



Servicios Médicos  
Para Rayos X

**DECLARACIÓN DE LAS PARTES SECCIÓN DE ACUERDO AL CÓDIGO LABORAL 4906 (g)**

El que suscribe el presente juro / afirmo bajo pena de perjurio, que él / ella / ellos no tiene violado el artículo 139.3 y que él / ella / ellos no han ofrecido, entregado, recibido o aceptado cualquier descuento, reembolso, comisión, preferencia, el patrocinio, distribuidos, descuento u otro gratificación, ya sea en forma de dinero o de lo contrario, como compensación o incentivo para cualquier referidos examen o evaluación.

---

PACIENTE / SOLICITANTE

FECHA

---

PARA PRIVIDER médico-legal

FECHA

Razón de una o más firmas (BAJO PENA DE PERJURIO)



Servicios Médicos  
Para Rayos X

Nombre del paciente:

---

El abajo firmante reconoce que los siguientes servicios médicos que se van a siempre que el paciente no se pueden cubrir servicios y no puede ser aprobado para el pago bajo el plan de seguro.

El abajo firmante acepta que él / ella es financieramente responsable del pago de todos cargos por estos servicios:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

O

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de impresión Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo



## Servicios Médicos Para Rayos X

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

### INTRODUCCIÓN

En **Universal Imaging Center**, estamos comprometidos a tratar y utilizar la información protegida sobre su salud de manera responsable. Este Aviso de Prácticas de Información de Salud describe la información personal que recogemos, y cómo y cuándo usar o revelar dicha información. Este aviso es efectivo 10-01-2008, y se aplica a toda la información médica según lo definido por las regulaciones federales.

### ENTENDER SU SALUD INFORMACIÓN DE REGISTRO

Cada vez que visite **Universal Imaging Center**.

Típicamente, este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información, a menudo referido como su salud o registro médico, sirve como:

- Basis Para planear su cuidado y tratamiento
- Medios De comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado.
- Legal documento que describe el cuidado que ha recibido.
- Medios por los cuales usted o un tercer pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados.
- Una herramienta en la educación de profesionales de la salud.
- Una fuente de fecha para la investigación médica.
- Una fuente de información para la salud pública
- Oficials Acusados de mejorar la salud de este estado y la nación.
- Una fuente de datos para nuestra planificación y comercialización.
- A Tomó con la que podemos acceder y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que obtenemos.

La comprensión de lo que está en su registro y cómo se utiliza su información de salud le ayuda a: garantizar su precisión, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a dicha información y tomar una decisión más informada al autorizar la divulgación a otros.

### SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su historial médico es la propiedad física del **Universal Imaging Center**, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Obtener Una copia impresa de este aviso de prácticas de información a petición.
- Comprobar y copiar su expediente médico según lo previsto en 45 CFR 164.524.
- Amend Su expediente médico según lo previsto en 45 CFR 164.528.
- Solicitud de comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Solicitud Una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto por 45 CFR 164.522.
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se ha tomado esa acción.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

**Universal Imaging Center** está obligado a:

- Mantener La privacidad de su información de salud.
- Proporcionar que con este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Acatar los términos de este aviso.
- Notify que si no podemos estar de acuerdo con la restricción solicitada.
- Accommodate solicitud razonable que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. En caso de cambiar nuestras prácticas de información, se les hará llegar una notificación revisada de la dirección que nos has suministrado, o si está de acuerdo, vamos a enviar por correo electrónico el aviso revisado a usted.

No revelaremos su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También vamos a dejar de utilizar o divulgar su información de salud después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

### EJEMPLOS DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD

Nosotros usaremos su información de salud para el tratamiento.

Vamos a ofrecer a su médico o un profesional de la salud posterior, copias de diferentes informes que puedan ayudarle en su tratamiento.

Nosotros usaremos su información de salud para el pago.

**Por ejemplo:** Una factura puede ser enviada a usted oa un tercer pagador. La información que acompaña la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

**Por ejemplo:** Los miembros del personal médico, el gestor de riesgos o la mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejoramiento de la calidad de la información el uso en su expediente médico para evaluar el cuidado y resultados en su caso y otros similares. Esta información será utilizada en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la asistencia sanitaria y el servicio que ofrecemos.

socios de negocios: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través del contacto con



**Servicios Médicos  
Para Rayos X**

socios de negocio. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el servicio de urgencias y radiología o un servicio de copiado que utilizamos cuando hacemos copias de su expediente médico. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios de negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido y facturarle a usted o su tercero pagador por los servicios prestados. Para proteger su información de salud, sin embargo, requerimos al socio comercial que proteja de forma apropiada su información.

**Notificación:** Podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado de su ubicación y condición general.

**Comunicación con la familia:** Los profesionales de la salud, usando su mejor juicio, puede revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal o cualquier otra persona que usted identifique; información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

**Investigación:** Podemos revelar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información médica.

**Marketing:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas de información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**La recaudación de fondos:** Se puede ponerse en contacto con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos

**Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** Podemos revelar a la FDA información de salud relacionada a eventos adversos con respecto a los defectos de alimentos, suplementos, productos y productos, o información de vigilancia post marketing para permitir el retiro, reparación o reemplazo.

**Compensación a los Trabajadores:** Podemos revelar información de salud hasta el punto autorizado por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

**Salud Pública:** Según lo requerido por la ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar información de salud para fines policiales como lo requiere la ley o en respuesta a una citación válida.

Ley Federal dispone que su información de salud sea divulgada a una agencia de vigilancia de la salud, autoridad de salud pública o abogado, establecen que un miembro asociado de la fuerza de trabajo o negocio cree de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o hemos violado de otra manera profesional o estándares clínicos y están potencialmente en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.

**PARA MÁS INFORMACIÓN O reportar un problema**

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad de esta práctica o con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.. No habrá represalias por presentar una empresa, ya sea con el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles.

La dirección de OCR se enumeran a continuación:

Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
200 Independence Avenue, S. W.  
Room 509 F, H Building  
Washington, DC 20201

**ACUSE DE RECIBO**

Se me ha presentado con una copia de **Universal Imaging Center** Notificación de Políticas de Privacidad, que detalla cómo mi información puede ser usada y divulgada según lo permitido por las leyes federales y estatales. Yo entiendo el contenido de la Notificación y solicito las siguientes restricciones (s) en relación con el uso de mi información médica personal:

Además, me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si no está firmada por el paciente, por favor, indique la relación con el paciente (por ejemplo, cónyuge o padre)

Relación: \_\_\_\_\_

Presenciado por: \_\_\_\_\_

Solo para uso interno:

Si el paciente o del representante del paciente se niega a firmar el acuse de recibo de la notificación, por favor documentar la fecha y hora del aviso se presentó a paciente y firme abajo.

Presentado (fecha / hora): \_\_\_\_\_

Por (nombre / título): \_\_\_\_\_