



Servicios Médicos Para Rayos X

REGISTRO De PACIENTES

Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra
Domicilio:	
Ciudad/Estado/Codigo Postal:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Seguro Social:

INFORMACIÓN De CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto:	Teléfono:	Relación:
---------------------	-----------	-----------

Si es menor de edad, proporcione la información de los padres/tutores a continuación:

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Teléfono:

ASEGURANZA : PRIVADA MEDICARE ACCIDENTE DE TRABAJO

Nombre de la Aseguranza Primaria:	Nombre de la Aseguranza Secundaria:
I.D del Miembro/Num. de Reclamo:	I.D del Miembro/Num. de Reclamo:
Nombre del Agente:	Nombre del Agente:
Teléfono del Agente:	Teléfono del Agente:
Fecha de Accidente:	Nombre de Empleo:

LESIÓN PERSONAL: AUTO CAIDA OTRO

Fecha de Lesión:

Nombre del Abogado:	Teléfono:
Domicilio de Abogado:	

Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que pague directamente a este proveedor de servicios médicos cualquier beneficio que se deba a mi plan de seguro. Acepto pagar el saldo de los cargos no pagados en mi plan. También autorizo a este proveedor a utilizar, divulgar u obtener cualquiera de mi información personal de salud para tratamiento y pago. Si NO ES ASEGURADO, entiendo que soy totalmente responsable para todos los cargos.

Firma

Fecha



CUESTIONARIO MÉDICO

_____ , _____
Apellido Nombre

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué parte de su cuerpo se ve afectado? Cuáles son sus síntomas?

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

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

4. Indique cualquier alergia que tenga:

5. ¿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

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente:	Fecha:
-----------------------------	---------------

Pacientes con Asegurancia Médica:

1. El cobro de servicio médico es enviado a la asegurancia presentada en el día de servicio.
2. Se espera que pague los copagos conocidos, los deducibles aplicables y las cantidades estimadas de coseguro en el momento del servicio.
3. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, asegurarnos los pagos de los beneficios del seguro y negociar con su compañía de seguros los reclamos por disputas.
4. Le exigimos como paciente que sea responsable de cualquier saldo que su seguro no cubra.
5. Cualquier saldo adeudado debe pagarse dentro de los 90 días después del día de cobrio para evitar más actividad de cobranza.

Pacientes con Pago en Efectivo:

1. Se esperan pagos en efectivo completos al momento del servicio.
2. Servicios aceptados en pago efectivo no seran cobrados a su asegurancia.

Cuentas Delincuentes:

1. Recibirá estados de cuenta periódicos para saldos pendientes.
2. Su cuenta puede ser entregada a una agencia profesional especializada en cobro de deudas por falta continua de pago.
3. Una vez que su cuenta sea entregada a una agencia de cobro por falta de pago, usted será responsable de los pagos acumulados por la agencia de cobro durante el proceso.
4. Si pagos atrasados no han sido recibidos no podremos verlo para futuras citas hasta que se pague la cuenta pendiente en su totalidad.

Imágenes en CD:

1. Primera copia de CD es gratis.
2. \$15 por cada copia de CD adicional.

Modos de Pago:

1. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de debito/credito (Visa, Mastercard, Discover, American Express)
2. Habrá un cargo de \$25 en todos los cheques devueltos.

Certifico que he leído y acepto las Políticas Financieras de Universal Imaging Center.

Firma

Fecha



Servicios Médicos Para Rayos X

Política de Privacidad

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de atención médica esté protegida por privacidad. La Regla de Privacidad también se creó con el fin de proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Como paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para proteger esa privacidad. Todos nuestros empleados, gerentes y médicos se someten continuamente a la capacitación de HIPAA. Es nuestra política determinar adecuadamente el uso apropiado de PHI de acuerdo con las reglas, leyes y regulaciones del gobierno. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, brindamos la información mínima necesaria sobre el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, a fin de brindar atención médica que sea lo mejor para usted.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo en caso de que decida negarse a divulgar su Información de salud personal (PHI). Si elige dar su consentimiento, en el futuro puede solicitar rechazar todo o parte de su consentimiento. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado que se basen en este consentimiento.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR UN PROBLEMA

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

Dirección de Oficina de Derechos Civiles:
Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509 F, H Building
Washington, D.C. 20201

Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

AUTORIZACIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para el tratamiento de mi médico actual o futuro o proveedor de atención médica. Además, entiendo que esta información se puede transmitir electrónicamente. La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Tal revelación, en algunos casos, no está protegida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Autorizo a Universal Imaging Center liberar a mi compañía de seguros cualquier información médica que pueda ser necesaria para procesar mi reclamo de seguro. Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar este reclamo y asignar los beneficios pagaderos por los servicios directamente a Universal Imaging Center. Esta asignación permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una copia de esta tarea debe considerarse tan válida como el original. Si recibo un pago de seguro directamente, acepto realizar el pago completo de inmediato a Universal Imaging Center. Entiendo que en el caso de que mi compañía de seguro niegue este reclamo, seré responsable de todos los cargos.

SOLICITUD DE POLÍTICA DE REGISTROS MÉDICOS

Cualquier paciente tiene el derecho de solicitar registros médicos. Se harán todos los esfuerzos para manejar cada solicitud de manera oportuna. Debido a la carga del paciente, los problemas de privacidad y la obtención de información precisa, necesitaremos un AVISO DE 48 HORAS para procesar su solicitud. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito con los artículos específicos solicitados.

Form with fields: Nombre del Paciente, Fecha, Firma