



Paciente ID No.: _____
(Si se desconoce, deje blanco)

Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Todos los servicios profesionales estarán a cargo del paciente. El paciente será responsable por todos los cargos, sin importar el tipo de seguro que tenga. El pago por los servicios deben ser pagados en el momento de registrarse.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN AL SEGURO

Pido que los pagos de beneficios de Medicare y de otras aseguradoras autorizadas se hagan a los consultorios de Elko Diagnostic Imaging por cualquier servicio llevado a cabo por parte del médico o quien acepte asignatura. Los reglamentos asignados a Medicare aplican en este caso. El paciente será responsable de los pagos deducibles, otros seguros y servicios que no cubra el plan, que sean cargos determinados por la compañía aseguradora.

Autorizo a quien posea información médica o de otro tipo sobre mí, la entrega de cualquier información necesaria para esta reclamación relacionada con Medicare o con otra compañía aseguradora, a la Administración del Seguro Social y a la Administración Financiera del Cuidado de la Salud o sus intermediarios o proveedores. Autorizo que una copia de esta autorización se use en lugar del original, y pido que se hagan los pagos de beneficios de seguro médico para mí o para la persona que acepta la asignatura. Tengo entendido que es obligatorio avisar al proveedor de servicios de salud si alguna otra parte es responsable de pagar por mi tratamiento.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El uso y acceso de la información de la salud está protegida y regulado por la ley Federal conocida como el acto de la portabilidad y responsabilidad de seguro médico de 1996 (HIPAA). Debajo del acto HIPAA, los proveedores de servicios médicos tienen que dar al paciente una oportunidad de obtener y revisar una copia del aviso de las prácticas de privacidad para proteger la información de salud y de hacer un esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento firmado que este aviso fue recibido.

Reconozco que Elko Diagnostic Imaging me ha proveído una oportunidad de revisar y obtener una copia escrita del aviso de prácticas de privacidad para proteger información de salud por la ley Federal.

Yo autorizo la entrega de mis radiografías a los médicos interesados y consultorios de médicos que las pidan.

NOTA: El rechazo a firmar o inicial cualquier parte de esta forma no niega la responsabilidad financiera del paciente de los servicios y no rechaza a Elko Diagnostic Imaging de dar información delineada en nuestro aviso de practicas de privacidad o lo que se requiere por ley. El consentimiento para recibir servicios se considera como un reconocimiento y un acuerdo implicado con todos los avisos y consentimientos contenidos arriba.

(Si usted está firmando como representante personal, deberá proveer documentación de su dere uno legal para hacerlo.)

Firma del Asegurado/Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Nombre

Relación al Paciente