



**San Benito
Imaging Center**

State of the Art Open MRI & Ultrasound

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Numero de Telefono: _____

Nombre de su medico: _____

Persona responsable si el paciente es menor de edad: _____

En Caso de Emergencia (Nombre) _____ Telefono: _____

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Direccion _____

Cuidad _____ Estado _____ C.P. _____

Numero Social: _____ Estatus marcial: _____ Peso: _____

Género: Hombre Mujer Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
(Mes) (Día) (Año)

Empleo: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____

¿Tiene Seguro médico? Sí No → si Sí,

Medicare Medicaid Pago privado Compensación de Trabajador

El nombre de Asegurador Primario: _____
ID# _____ Agrupe id #: _____

El nombre de Asegurador Secundario: _____
ID# _____ Agrupe id #: _____

****El paciente es responsable de cualquier pago debido antes de o después de que su seguro ha procesado reclamo médico.*** El proveedor no archivará un reclamo con cualquier otro seguro si el paciente es paga privado.*

Historia Médica

¿Usted tiene un historial medico de la enfermedad renal, de asimientos, del asma, o otra condicion o enfermedad medica Sí No → si Sí, la lista: _____

¿A tenido usted cualquier tipo de cirugias en el pasado? Sí No → si Sí, la lista: _____

¿Usted tiene cualquier alergia de medicina? Sí No → si Sí, la lista: _____

¿ Esta o sospecha que este embarazada en este momento? Sí No

La autorización para la Liberación de Información

Yo por la presente autorizo San Benito Imaging Center a soltar médico o otra información necesaria para el procesamiento de beneficios de seguro para servicios médicos rendidos. Autorizo San Benito Imaging Center a soltar médico o otra información a otros proveedores médicos del cuidado o partidos administrativos para propósitos de coordinar y documentar mi tratamiento.

La firma de Paciente, del Padre, o del Guardián

Fecha

San Benito Imaging Center
200 N Sam Houston Blvd, San Benito, Texas 78586

Registro de autorización del paciente

Yo autorizo a los empleados de San Benito Imaging Center para prestar servicios de diagnóstico ambulatorio para mí durante mis pruebas diagnósticas y a cumplir las órdenes de mi médico tratante, incluidos los consultores, asociados y asistentes de su elección.

La liberación de información

Yo autorizo a San Benito Imaging Center para liberar mi información médica solicitada por mi médico solicitante, representantes de gobiernos locales, estatales, federales, compañías de seguros, organismos u otras organizaciones o entes como puede ser requerido por dichos representantes para el pago de las reclamaciones derivadas de las pruebas diagnósticas como son debidos a San Benito centro de diagnóstico por imágenes.

Objetos de valor

Yo acepto asumir la responsabilidad personal de todas las joyas, dinero u otros objetos de valor traídos a San Benito Imaging Center durante mis periodos programados. Esta responsabilidad incluye la dentadura postiza, gafas, lentes de contacto, almohadas y otros artículos personales.

Responsabilidad financiera

Entiendo que la responsabilidad financiera independientemente de mi asignados beneficios de Seguro, yo soy responsable por el total de los cargos por los servicios prestados, y estoy de acuerdo además que todas las sumas debidas a petición y son pagaderos a San Benito Imaging Center en Cameron County, Texas.

Asignación de seguros

En la consideración de que los servicios sean prestados, he decidido asignar y traslado a San Benito Imaging Center los beneficios pagaderos a o para mi beneficio bajo hospitalización, enfermedad o accidente, para incluir importantes médicos o PIP para el pago de los servicios prestados. Estoy de acuerdo en cooperar, ayudar y colaborar San Benito Imaging Center en el procesamiento de todos los posibles beneficios de seguro incluyendo iniciación y el cumplimiento de todas las disposiciones de política como las compañías de seguros pueden requerir para el pago. Puedo asignar y traslado a San Benito Imaging Center un interés en cualquier curso de acción I puede tener derivados de lesiones que resultan directa o indirectamente en esta prueba de diagnóstico. Esta asignación incluye seguros beneficios para mí bajo la cobertura de conductores no asegurados.

Como Medicare o Medicaid paciente, certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago en virtud del título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcto. Solicito que autorizó el pago de beneficios se hizo en mi nombre.

Esta asignación se extiende a la cantidad total adeudada a San Benito Imaging Center y también autoriza a prestaciones sanitarias aplicables, si los hubiere, que se paga a los médicos especialistas en el campo de la radiología o cualquier otros médicos autorizados que realizan los servicios de San Benito centro de diagnóstico por imágenes.

Firma del paciente

Fecha

La firma de la parte responsable

Relación al paciente

Testigo

Fecha



200 N. Sam Houston Blvd San Benito, TX 78586 (956) 399-2666

La política financiera escrito

Gracias por elegir San Benito centro de diagnóstico por imágenes. Nuestra principal misión es ofrecer la mejor y más completa atención de diagnóstico disponibles. Una parte importante de la misión es hacer que el costo de atención óptima tan fácil y manejable para nuestros pacientes como posible ofreciendo varias opciones de pago.

Opciones de Pago: Puede elegir entre:

- Efectivo, cheque, Visa, Mastercard, American Express o Discover Card
- SIN INTERES ¹ Planes de Pago ² from CareCredit
 - o Le permiten pagar a lo largo del tiempo sin interés ¹
 - o Convenientes , planes de pagos mensuales bajos ² también disponible
 - o Ninguna cuota anual ni pre-pago sanciones

Por favor nota:

San Benito Imaging Center requiere pago previo al inicio del procedimiento. Si deciden suspender su procedimiento antes de que esté completa, usted recibirá un reembolso completo.

San Benito Imaging Center cobra \$25 por cheques devueltos.

Si usted tiene cualquier pregunta, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle.

Paciente, Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del paciente (favor de deletrear el nombre)

Chart#

¹Si pagado dentro del período promocional. De lo contrario, intereses evaluados a partir de la fecha de compra. El pago mensual mínimo requerido.

²A la aprobación del crédito

³Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de 30 días, usted será responsable del pago de sus tasas de tratamiento y recogida de sus beneficios directamente de su compañía de seguros.tratamiento y recogida de sus beneficios directamente de su compañía de seguros.

Si no desea recibir faxes de publicidad futuras, llame CareCredit CareCredit llamando gratis al (800) 859-9975 o envíe su solicitud por fax al (866) 311-2524. Por favor, identifique el número de fax o números cubiertos por su petición. Si usted comunica su solicitud para CareCredit por uno de los medios señalados en este aviso, entonces el incumplimiento de su solicitud dentro de los 30 días es ilegal. Si posteriormente proporcionar permiso para CareCredit enviar faxes de publicidad, entonces CareCredit puede legalmente enviar faxes de publicidad.

Aviso de Prácticas de Privacidad

La recaudación de fondos. A menos que usted nos pida que no, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, por favor marque la siguiente casilla.

- Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

Los derechos individuales

usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho de enmendar o presentar correcciones a su información protegida de la salud
- El derecho a recibir una contabilidad de cómo y a quién su información protegida de la salud ha sido divulgado
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

San Benito Imaging Center Funciones

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y proveerle este aviso de prácticas de privacidad.

También estamos obligados a regirnos por las políticas de privacidad y prácticas que se describen en este aviso.

Derechos para revisar las prácticas de privacidad

Según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por los cambios en las leyes y reglamentaciones federales y estatales. Bajo petición, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita al consultorio. La revisión de las políticas y prácticas se aplicarán a toda información protegida de la salud que mantenemos.

Las solicitudes para inspeccionar la información protegida de la salud

Generalmente puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por las regulaciones federales, necesitamos esa petición para inspeccionar o copiar información de salud protegida sea presentada por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar el acceso a sus registros poniéndose en contacto con el administrador de la oficina o Vicepresidente Oficial de Privacidad. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que existan razones médicas o legales para denegar la solicitud.

Quejas

Si desea enviar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta describiendo sus inquietudes a:

Vicepresidente
San Benito Imaging Center
200 N. Sam Houston
San Benito, Texas 78586

Aviso de Prácticas de Privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted debe llamar el asunto a nuestra atención enviando una carta describiendo la causa de su preocupación a la misma dirección.

Usted no será penalizado o represalias por presentar una queja.

Persona de contacto

El nombre y la dirección de la persona puede ponerse en contacto con para más información sobre nuestras prácticas de privacidad es:

Vicepresidente
San Benito Imaging Center
200 N. Sam Houston
San Benito, Texas 78586
(956) 399-2666

Fecha efectiva

Este aviso es efectivo en o después de _____.

Acuse de recibo de la notificación

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad y que también ha sido explicado a mí.

Nombre del paciente _____ Firma: _____

Representante del paciente: _____ Firma: _____

Testigo: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.

Usos y Divulgaciones

Tratamiento. Su información médica puede ser utilizada por los funcionarios o revelar a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su estado de salud, el diagnóstico de condiciones médicas, y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su expediente médico para todos los profesionales de la salud que pueden proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados por los funcionarios.

El pago. Su información médica puede ser utilizada para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles, o de las empresas de tarjetas de crédito que usted puede usar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios que presta, y la condición médica que está siendo tratado.

Las operaciones del cuidado de la salud. Su información médica puede ser utilizada como necesarias para apoyar las actividades del día a día y la gestión de un centro de diagnóstico por imágenes de San Benito. Por ejemplo, información sobre los servicios que usted ha recibido puede ser utilizado para apoyar a la presupuestación y la presentación de informes financieros y de actividades para evaluar y promover la calidad.

El cumplimiento de la ley. Su información médica puede ser revelada a los organismos encargados de hacer cumplir la ley para apoyar las auditorías e inspecciones, para facilitar las investigaciones policiales, y para cumplir con el mandato del gobierno informes.

Informes de salud pública. Su información de salud puede ser divulgada a agencias de salud pública como requerido por la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar sobre ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

Otros usos y revelaciones requieren su autorización. Revelaciones de su información de salud o su uso para cualquier otro fin distinto de los enumerados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambias de opinión después de autorizar el uso de la revelación de su información usted podrá presentar un escrito de revocación de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización que ocurrieron antes de que usted nos comunicó su decisión de revocar su autorización.

Otros usos de la información

Recordatorios de la cita. Su información de salud será utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas.

Información acerca de los tratamientos. Su información médica puede ser utilizada para enviarle la información que usted puede encontrar interesantes sobre el tratamiento y la gestión de su condición médica. También podemos enviarle información sobre otros productos relacionados con la salud y servicios que creemos que pueden ser de tu interés.