

Shipleys Imaging Center

NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO DE AREA _____

CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS - Doy consentimiento a la realización de procedimientos de diagnóstico y servicios para pacientes externos que mi médico de consulta o médico particular considere necesarios. Además entiendo que es habitual, siempre y cuando no sea por emergencia o bajo circunstancias extremas, que ningún procedimiento será realizado sobre mi persona a menos o hasta que haya tenido la oportunidad, para mi tranquilidad, de hablar con mi médico.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD - Autorizo a Anne Arundel Health System y a médicos independientes u otros asistentes que proveen servicios para o dentro el Sistema de Salud, a revelar cualquier información necesaria para elaborar los reclamos correspondientes del seguro relacionados con este caso de asistencia médica y/u otras entidades médicas a las que pueda ser derivado para tratamientos a largo plazo. He recibido una Notificación de Prácticas Privadas y tuve la oportunidad de pedir limitación para el uso y divulgación de información sobre mi salud.

REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN PREVIA - Si mi compañía de seguros, u otros terceros, requiere una certificación previa, entiendo que es mi responsabilidad contactarlos para obtener esa certificación. Excepción: Medicare.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y RECLAMO DE TERCEROS - Por la presente autorizo el pago de los beneficios de salud a ser enviados directamente a Anne Arundel Medical Center, incluyendo beneficios de los principales seguros médicos, beneficios PIP, beneficios de enfermedad o beneficios de accidente a causa de cualquier póliza de seguros y las ganancias de los reclamos como resultado de los riesgos cubiertos hasta ser dado de alta. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera por gastos incurridos con el hospital y los médicos, estén o no cubiertos por esta asignación. Si la cuenta es derivada a un abogado para la recaudación, el firmante pagará al abogado un honorario razonable y los gastos de recaudación. Todas las cuentas morosas tendrán que pagar el interés de la tasa legal. También autorizo el reembolso de los beneficios sobrecompensados del seguro en acuerdo con las condiciones de mi póliza, en la que los riesgos cubiertos están sujetos a la coordinación de la cláusula de beneficios.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA - Entiendo que soy responsable de cualquier deducción, coseguro o copagos asociados con mi póliza que incluya Point of Service (POS), Preferred Provider Organization (PPO) y preferencia "fuera de la red" ("out-of-network" preferred), y beneficios de indemnidad y por el pago de servicios que estén cubiertos en mi póliza o aquellos servicios que elijo tener si mi asegurador me los niega. Entiendo que ciertos cargos enviados por mi médico puede que no estén cubiertos por mi seguro. Puede ser que tenga que pagar un monto separado de deducible, coseguro y copago por servicios tales como exámenes de diagnóstico, cirugía, anestesia y servicios clínicos especiales en el que se requiere cobrar al seguro los servicios del médico por separado. Me pondré en contacto con mi seguro o con la Unidad de Defensa de la Salud (Health Advocacy Unit) de la Oficina del Ministro de Justicia para saber cómo apelar a las decisiones adversas hechas por mi segurador.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE / MEDICAID - Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago bajo el Título XVIII del Decreto del Seguro Social, es correcta. Autorizo a cualquiera que posea información médica u otra información necesaria sobre mi persona, requerida para esta certificación u otro reclamo relacionado con Medicare/Medicaid, a proveerla a la Administración del Seguro Social, o sus intermediarios u otra entidad. Solicito que los pagos de beneficios autorizados sean pagados en mi nombre.

HE DECIDIDO ASEGURAR TODAS MIS PERTENENCIAS, PRÓTESIS, VESTIMENTA, ETC.: (marque uno)

- Entregando TODO a la familia, los amigos o los conocidos que están esperando.
- Entregando TODO al personal de seguridad del Sistema de Salud.
- Quedándome yo con TODO, con lo que admito que soy el/la único/a responsable si se pierde o se daña.
- Otro _____
- El paciente está imposibilitado para firmar; todas sus pertenencias se encuentran con el personal de seguridad del Sistema de Salud.

FILMACIÓN Y GRABACIÓN - Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a: sacar fotografías, el circuito cerrado de televisión, la filmación, las grabaciones de audio o las grabaciones electrónicas/digitales de cualquier operación o procedimiento(s) que se ejecute para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre y cuando no se revele mi identidad en las fotos o en el texto que las describe.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Firma del sustituto _____ Fecha_____

(si el paciente está imposibilitado de hacerlo)

Aclaración de la firma del sustituto _____ Fecha_____

Form 81157-S - 7/14/04

Scheduling 888-909-XRAY (9729) • www.AADimaging.com

SAJAK PAVILION
ANNAPOLIS
443-481-5330

BREAST IMAGING CENTER
ANNAPOLIS
443-481-5660

WEEMS CREEK MEDICAL CENTER
ANNAPOLIS
443-481-3222

KENT ISLAND IMAGING
CHESTER
410-604-2000

ANNE ARUNDEL DIAGNOSTICS
BOWIE
800-273-0593

SHIPLEY'S IMAGING
MILLERSVILLE
410-729-4451