

Forma de Registro

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:		Nombres:			
Fecha de Nacimiento:	No. Seguro Social:	Edad:	Sexo:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viudo	
Dirección:		Ciudad/Estado:	Código Postal:		
Tel/Celular:	Tel/Casa:	Tel/ Trabajo:	Nombre y tel contacto de emergencia:		

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Aseguradora:	# de ID:	# Seguro Social:
Nombre de la persona asegurada:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Aseguradora:	# de ID:	# Seguro Social:
Nombre de la persona asegurada:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:

INFORMACION DE ABOGADO

Nombre de Abogado:	Teléfono:	Encargado del caso:
--------------------	-----------	---------------------

Asignación de Beneficios / Autorización de Tratamiento

La información anterior presentada es correcta al mayor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de los co-pagos o deducibles o partes que no estén cubiertas por mi seguro de gastos médicos. **Yo autorizo que los gastos por servicios médicos sean pagados directamente a Texas Health Care Imaging.** Se advierte que los servicios realizados pueden incurrir en cargos a terceros, tales como: interpretación radiológica, laboratorios, etc. y recibirá el cobro por parte de ellos.

Autorización de tratamiento: Yo doy a Texas Health Care Imaging y sus médicos mi consentimiento para recibir tratamiento. Entiendo que este consentimiento se aplica al tratamiento por esta visita, las visitas a futuro y todos los servicios proporcionados por Texas Health Care Imaging.

Notificación de Privacidad de Información

Reconozco que se me ha presentado una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de la oficina de Texas Health Care Imaging de mi información médica que detalla como mi información puede ser usada y divulgada como permiten las leyes federales y estatales. He leído sobre las opciones que se presentan y entiendo por completo esta notificación.

Autorización del Paciente Para Uso y Difusión de Información Médica Protegida

Al firmar, autorizo a **Texas Health Care Imaging** hacer uso y difusión de mi información médica protegida a: _____ (Doctor, Clínica, etc.). Siendo permitido por Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Esta autorización permite a Texas Health Care Imaging hacer uso y difusión de la siguiente información de salud sobre mí (específicamente describa la información que va ser **usada y difundida** como fecha de servicio, tipo de servicio o resultados difundidos).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Servicios radiológicos | <input type="checkbox"/> Reportes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Referencias | <input type="checkbox"/> Record de inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

La información será usada o difundida con el siguiente propósito:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continuar con el tratamiento | <input type="checkbox"/> Referir a especialista | <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|--|--|--|

Por medio de la presente, autorizo la difusión de mi información de salud. Esta autorización es válida por 12 meses desde la fecha en que se firma. Entiendo que puedo cancelar este requerimiento con una notificación por escrito, pero esto no afectara cualquier información que haya sido divulgada a previo a esta notificación de cancelación. Entiendo que la información usada o difundida puede ser sujeta a re-difusión por la persona, clase de persona o establecimiento que la reciba, por lo tanto no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor medico a quien extiendo esta autorización no condicionara el tratamiento si firmo o no esta autorización. Mi revocación por escrito deberá ser dirigida a **Texas Health Care Imaging.**



Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Nombre del Paciente, Padre o Tutor

Parentesco

***** PARA USO DE LA OFICINA *****

Signature of Office Staff

Date

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

NOTIFICACIÓN PREVIA DE NO-COBERTURA AL BENEFICIARIO (ABN)

NOTA: Si su seguro medico no paga **(D)** _____ a continuación, usted deberá pagar. Su seguro no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que su seguro medico no pagará **(D)** _____ a continuación.

(D) _____	(E) Razón por la que no está cubierto por su seguro medico:	(F) Costo estimado:

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir **(D)** _____ mencionado anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero su seguro medico no puede exigirnos que lo hagamos.

G) OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero **(D)** _____ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a mi seguro medico a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el resumen de su seguro medico. Entiendo que si mi seguro medico no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a su seguro medico** según las instrucciones en sus beneficios. Si su seguro medico paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero **(D)** _____ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a mi seguro medico. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago. **No tengo derecho a apelar si no se le cobra a mi seguro medico.**

OPCIÓN 3. No quiero **(D)** _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría mi seguro medico.**

(H) Información adicionales:

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

(I) Firma: _____

(J) Fecha: _____