



Forma De Registro

(El paciente debe llenarla. A excepción de que sea menor de 18 años el Padre o guardián debe de llenarla)

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
No. de Teléfono: _____ Seguro Social: ____ / ____ / ____

Responsable del Seguro (si no es el paciente)

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
No. de Teléfono: _____ Seguro Social: ____ / ____ / ____
La relación al paciente: _____

En caso de emergencia la persona a notificar

Nombre: _____ Parentesco: _____
No. de Teléfono: _____

Obligación de Seguro

El Centro de Palms Imaging factura a todos los portadores de seguro como una cortesía. Sin embargo, el pago para todos los servicios rendidos es completamente la responsabilidad de los pacientes.

Seguro primario: _____ ID#: _____
Seguro secundario: _____ ID#: _____
Seguro terciario: _____ ID#: _____

Se entiende y es concordado que yo, el paciente y/o el partido responsable (si es menor) reconozco y acepto responsabilidad repleta para los cobros de los servicios rendidos en Palms Imaging Center. Autorizo también la liberación de información médica necesaria para procesar el reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o el suministrador abajó firmantes de servicios rendidos. **Soy responsable de todos los copagos, deducibles, servicios no pagados por mi seguro médico, y los reclamos negados incluyendo, pero no limitados a, la necesidad médica.**

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____



Reconocimiento de Recibo del Aviso de las Practicas de Privacidad de Palms Imaging Center

Yo, _____ reconozco que he recibido una copia del Aviso de las
Practicas de Privacidad de Palms Imaging Center.

Nombre del paciente impreso: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Padres/Guardián Firma: _____ Fecha: _____



Comunicado de Médico o Información Financiera

Por favor indique a continuación cualquier persona para quien usted nos permita divulgar cualquier información médica o financiera. Si nadie aparece, Palms Imaging sólo hablar de su información médica o financiera con usted. Información todavía será proporcionada a otros proveedores de atención de salud, hospitales, o sus compañías de seguros con el propósito de autorizaciones u otras referencias de tratamiento o de especialidad. Información a cualquier otra entidad tendrá sus firmas separadas que autoriza específicamente el acceso a sus archivos.

Por la presente autorizo a cada uno de mis médicos y otros profesionales de la salud (conjuntamente "Proveedores") para divulgar la información de mi expediente médico y seguro de salud, incluyendo pero no limitado a la información relacionada con mi condición médica y tratamiento, mi cobertura de seguro de salud, mi nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, y el número de seguro (en conjunto, "Información de Salud Protegida") a los individuos/entidades y sus agentes y representantes para los fines descritos a continuación:

Nombre

Relación

_____	_____
_____	_____

(Si usted tiene alguna de las personas adicionales/entidades favor enumerarlos en la parte posterior de este aviso.)

Específicamente, autorizo a las personas/entidades mencionadas anteriormente para recibir, usar y divulgar mi información de salud protegida con el fin de _____

Entiendo que una vez que mi información de salud protegida ha sido divulgada a las personas /entidades que he mencionado, las leyes federales de privacidad ya no pueden proteger la información y que mi información de salud protegida puede estar sujeta a una nueva divulgación .

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización. Si no firmo, mi tratamiento, pago por el tratamiento, la matricula de seguros, o elegibilidad para beneficios del seguro, no se ve directamente afectado. Entiendo que puedo cancelar (revocar) está Autorización a mis proveedores.



Una vez que mis proveedores reciben y procesan la notificación de cancelación (revocación) de este Autorización mis proveedores ya no pueden hacer divulgaciones de mi información de salud protegida a las personas/entidades que he enumerado. Sin embargo, esta autorización no afectará la capacidad del individuo/de la entidad de usar y divulgar información médica protegida que ya ha recibido (a menos que las leyes de mi estado impiden que la persona/entidad continúe utilizando y divulgar dicha información de salud protegida). Entiendo que mi derecho de cancelar (revocar) esta autorización está limitada en la medida en que mis proveedores han tomado previamente acción basada en esta autorización. Este autorización expira el _____. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Paciente/Representante Personal: _____

Relación (si firmada por el representante personal): _____

Firma: _____

Fecha: _____