



INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (impresión)

Nombre del Paciente _____ Segundo, Inicial ____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ Género _____

#Teléfono de Casa _____ #Teléfono de Trabajo _____

#Móvil _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado civil: (Por favor marque uno) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Médico/a quien ordeno exam: _____

Médico/a adicional que desea copia: _____

PERSONA(S) de CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ #Teléfono de Casa _____ Relación _____

Nombre _____ #Teléfono de Casa _____ Relación _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO: Deducible \$ _____ Co-Seguro%: __ 80/20, __ 90/10, __ 85/15

INFORMACIÓN DE SUSCRIPTOR:

Nombre de Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ #Seguro Social: _____

Domicilio (si es diferente del paciente) _____

de teléfono (si es diferente del paciente) _____

Empleador _____ # de trabajo _____

SÓLO los MENORES de EDAD- Información de los Padres del menor de edad:

Nombre del Padre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ #Teléfono de Casa _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ # Teléfono de Casa _____

ACCIDENTE(S):

Estado donde sucedio el accidente: _____

Nombre del empleador: _____ #Teléfono del empleador: _____

Fecha del accidente _____ La hora del accidente: _____

Lugar del accidente

Descripción del accidente:

Gracias por haber elegido Imaging Center de Idaho. Somos dedicados a proveerle el mejor atención médico que tenemos disponible. El siguiente declaración de nuestra política actual, que antes de dar cualquier tratamiento, se debe leer, aceptar y firmar. Estas políticas de nuestro oficina se aplican con todos nuestros servicio s) y el tratamiento que da el/la medico/a.

Tarjetas de Medicaid, Referencias y Autorizaciones:

Requerimos que tiene su tarjeta de Medicaid y el documento de referido de su medico primario con usted en el tiempo de servicio. Es su responsabilidad tener su tarjeta o número de tarjeta y obtener todas las referencias y autorizaciones necesarias. Puede contactar a su medico/a primaria y pedir que mandan por fax la referencia a 208-455-7538. No proveer este información llegara a las siguientes opciones:

- A. La hora/día de la cita podría ser cambiada, para dejar tiempo que el paciente o tutor/a legal obtiene autorización para los servicios ordenado por el/la medico/a.
- B. Los servicios médicos se dan con el entendimiento escrito que el pago total de los servicios es el responsabilidad del paciente o su tutor legal.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Efectivo el 14 de abril 2003, se revisaron unas regulaciones federales que protegen el uso y publicación de su **información de salud personal** por nuestra práctica y otras organizaciones. Ha sido, y sigue siendo, la política de nuestra práctica cumplir con las regulaciones sobre el uso y divulgación y proteger la privacidad de información de salud personal de nuestros pacientes. Lo siguiente resume la nueva ley y bajo-cuales circunstancias se puede ser divulgada su información personal.

REVELACIÓN PERMITIDO:

Es permitido que nuestra práctica usa y divulga su información de salud personal con intenciones de tratamiento, pago y de funcionamiento de cuidado de salud. Incluye compartir su información de salud personal con otros proveedores de cuidado de salud para confirmar diagnóstico, utilizando su información de salud personal para cobrar pago por los servicios que le proporcionamos, proporcionando su información de salud personal a su compañía de seguros para reembolso, para recordarle de sus citas y como parte de nuestro programa de mejora calidad.

También somos autorizados a revelar su información de salud personal en el cumplimiento de las pautas resumido por el ley y cuando sea requerido por diferentes agencias gubernamentales. También podemos revelar su información de salud personal a sus miembros de familia, parientes o amigos personales cuando la información que revelamos es pertinente para su cuidado de salud o el obligación de ayudar en su cuidado de su salud (e.j., recoger recetas y otros documentos, notas de seguimiento de cuidado de salud, etc). Nosotros revelaremos su información de salud personal cuando le referimos a otros médicos o proveedores de cuidado de salud. Por último, reservamos el derecho de cambiar la práctica de privacidad descrito en este notificación como permitido o requerido por la ley y para hacer ese cambio para toda la información de salud personal.

REVELACIÓN LIMITADO:

Usted tiene el derecho de pedir restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica personal y pedir que porciones de su información de salud personal sean modificados. Sin embargo, nuestro práctica no es obligado aceptar los restricciones que pidan o a modificar su información médica personal de la manera que usted pida. Usted también tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información de salud personal. Por último, usted tiene el derecho de recibir una cuenta de las revelaciones de su información de salud personal.

AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS:

Nuestra práctica hará otros usos y divulgaciones de su información de salud personal, sólo después de haber obtenido su autorización escrita. Si usted autoriza un uso en este presente anuncio, usted puede quitar su autorización en cualquier momento, por manera de escrito que desea quitar su autorización.

PREOCUPACIONES:

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede presentar una queja por manera de comunicarse con nuestro gerente de nuestro oficina en 208-454-0742 o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nadie será víctima de vengansa por haber presentado una queja.

RECONOCER:

Reconozco que he recibido este resumen y una copia de la notificación de prácticas privadas con respecto al uso y divulgación de su información de salud personal.

ACUERDO Y POLÍTICA DE LAS FINANZIAS Y CRÉDITO:

Yo (el paciente / tutor legal) entiendo que soy responsable por las finanzias de todos los cargos, independientemente de cualquier intervención de grupos terceros. Estoy de acuerdo con: pagar cualquier deducible, co-seguro, usual y reducciones tradicionales y/o servicios considerados como " beneficio no cubrido "por mi compañía de seguro o grupo tercero al tiempo de los servicios. Entiendo que falto de: pagar pendientes saldos o arreglar manera de pago dentro de 90 días del fecha de servicio se consideran delincuente y pueden ser objeto de acciones legales o cesión a una empresa de cuentas de gestión y/o una agencia de colección. Estoy de acuerdo pagar una propina de \$ 30.00 por cada cheque u otro instrumento ofertado por mí, pero regresado a este oficina. En consideración por los servicios médicos, reconozco que he recibido una notificación del Imaging Center de Idaho política financiera y estoy de acuerdo pagar por dichos servicios de acuerdo con los terminus arriba. Su firma en este acuerdo representa que haz leído y estas de acuerdo con la política.


POLITICA FINANCIERA:

Es la política de ICI a exigir el pago por adelantado en base a estimación proporcionada. En el caso de que el costo de examen es diferente de lo inicialmente estimado del paciente será facturado o un reembolso será enviado por correo al paciente. Si el pago total no se puede lograr a continuación le recomendamos la utilización de Care Credit para pagar el equilibrio del paciente. Vamos a ayudar a los pacientes en la creación de esta cuenta al recibir el servicio o antes si es necesario. En el caso de que el paciente no cumple los requisitos para la Atención de crédito y no puede pagar en su totalidad a continuación, vamos a aceptar 3 pagos mensuales iguales. Se requieren pagos mensuales y los saldos deben ser pagados dentro de los 90 días de recibir su primera declaración. En el caso de que el balance no es pagado en su totalidad dentro de los 90 días de haber recibido la primera declaración, los saldos serán revisados y enviados a ABS (Cuenta Billing Services) para los arreglos de pago o se entregarán a las colecciones Bureau Inc. Sólo en el caso de la revisión y aprobación de la gerencia serán los planes de pago superiores a 90 días se aprobarán de mantenerse en el local.

Tenga en cuenta que el Imaging Center de Idaho mandamos la cuenta a su compañía de seguros/grupo tercero, como cortesía a usted. Su relación con una compañía de seguros o grupo tercero es entre usted y el pagador. Es su responsabilidad ponerse en contacto con el pagador si no responden a su reclamación al seguro. Nuestro departamento fiscal no es responsable para resolver los conflictos de seguro entre un grupo tercero y usted. Como el pago complete se debe pagar dentro de los 90 días del día de servicio, si quiere ayudarle nuestro departamento fiscal.


Es la responsabilidad del paciente (si es igual o mayor de 18 años) y/o tutor legal del paciente (si es menor de edad) comprobar los beneficios de su plan de seguro de salud y asegurarse que se han obtenido todas las autorizaciones. Algunos planes de seguro de salud bajan los beneficios de los asegurados si son tratados por un médico fuera del red o si las autorizaciones apropiados no se han obtenido. Por favor, de informarnos de cualquier cambios de seguro.

Como garante de la cuenta, su firma en este acuerdo da su aceptación de pagar el Imaging Center de Idaho, de acuerdo con la Política Financiera. Desafortunadamente, no podemos poner nuestra oficina de negocios en medio de conflictos financieros o sociales y su cuenta.

 **Por favor iniciales y la fecha después de leer la sección de Política Financiera:** Inicial: _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN de BENÉFICIOS/CONSENTIMIENTO para TRATAMIENTO/CEDECIÓN de ARCHIVOS MÉDICAS:

Con este documento (o copia estática) autorizo la publicación de cualquier información médica o de otro tipo adquiridos en curso de tratamiento a mi compañía de seguro u grupo tercero, los profesionales que participen en mi cuidado de salud en el Imaging Center de Idaho, LLC y sus agencias y los proveedores fuera de mi cuidado. Entiendo que en la publicación de mi información, se puede transmitir a través de voz, papel, fax, correo electrónico, enviado electrónicamente a el seguro, transmisión de teléfono o transmisión de datos en línea. Autorizo asignación de los beneficios por necesidad médica o de frecuencia ser mandado directamente a el Imaging Center de Idaho, LLC para todos los servicios médicos prestados departe de el seguro/grupo tercero. Doy consentimiento para recibir tratamiento médico por el Imaging Center de Idaho, LLC para todos los servicios médicos . Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico por el Imaging Center de Idaho. Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico para la necesidad médica o frecuencia que el médico puede considerar o avisar tratamiento de mi caso (o como tutor del paciente). La firma en este documento representa que he leído y estoy de acuerdo con todas las políticas anteriores. Asigno a el Imaging Center de Idaho, LLC cualquier seguro u otros beneficios de grupos terceros los servicios de salud disponibles. Entiendo que el Imaging Center de Idaho tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de los beneficios. Si estos beneficios no son asignados a el Imaging Center de Idaho, LLC estoy de acuerdo remitir a el Imaging Center de Idaho, LLC todos los seguros de salud y otros grupos terceros que recibo por servicios necesarias médicas o la frecuencia prestado a mí inmediatamente después de recibirlos.

 _____
Firma Paciente/Custodio

Firma Relación (personalidad/padre)

Fecha

Firma Testigo

Fecha



4519 Enterprise Way Caldwell, ID 83605
Teléfono: (208) 454-0742 Fax: (208) 454-2341

AUTORIZACIÓN PARA SACAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio/Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sólo Para la Mamografía Pacientes:

Fecha de los exámenes anteriores (Ultrasonido del Pecho, Mamografía, Simulación de Resonancia Magnética del Pecho): _____

Nombre del establecimiento donde se realizó examen: _____

Fecha de servicio: _____

A la Salud de: _____

Teléfono: _____ Facsímile: _____


Recogida (P/U) Correo (Mail) Mensajero (Courier) Facsímile(Fax)

Mamograma (Mammo) Tomografía Computarizada (CT) Escaneador de Eesonancia Magnetic (MRI)

Rayos X Ultrasonido (XR) Densidad ósea (Dexa)

_____ Filme (Films) _____ Reporte(Report) _____ Informe Cirugía (Surgery Report)

_____ Patología Solicitud (Pathology Request)

 _____
Firma Paciente/Custodio

Firma Relación (personalidad/padre)

Fecha

Firma Testigo

Fecha

Nombre de Paciente: _____

#archivo médica: _____

Divulgación de Información Médica

Centro de Imagen de Idaho considera la confidencialidad del paciente sea de la mayor importancia y preocupación. En un esfuerzo por garantizar que su privacidad está protegida, por favor lea el siguiente formulario de consentimiento.

HIPPA PROTECCIÓN DE DATOS:

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de la información de la salud privada se hará por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del paciente en lugar de la casa. De vez en cuando nuestra oficina enviará boletines, recordatorios, etc Por favor, háganos saber cuáles son las formas de comunicación que usted prefiere ser contactado por. Al firmar este formulario, estoy reconociendo que se me ha notificado de las prácticas de privacidad utilizadas en esta oficina y he recibido una copia. Puede comunicarse conmigo de la siguiente manera (Por favor marque todas las que correspondan):

AUTORIZACIÓN

Teléfono de la casa: _____

- Bien para dejar un mensaje con la información detallada
- Bien para dejar un mensaje con el número de devolución de llamada solo.
- No llame a mi teléfono de casa

Comunicación Escrito:

- Bien para enviar correo a domicilio
- Bien para enviar por fax al
Número _____
- se puede enviar por correo electrónico

Teléfono del trabajo: _____

- Bien para dejar un mensaje con la información detallada
- Bien para dejar un mensaje con el número de devolución de llamada solo.
- No llame a mi número del trabajo

#Móvil

- Bien para dejar un mensaje con la información detallada
- Bien para dejar un mensaje con el número de devolución de llamada solo.
- No llame a mi número de móvil

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta el momento en que a mi juicio, por escrito, la revocación de mi autorización. Entiendo que al dar mi consentimiento, la información sobre la atención de salud personal podría ponerse a disposición de los miembros de mi familia y / o otras personas en mi hogar que tienen acceso a mi sistema de mensajes telefónicos.

Autorizo la divulgación de mi información médica / de facturación para: _____

Si no se firma este formulario, por favor entienda que no podemos dar ninguna información o asesoramiento acerca de su salud a una persona.

Firma _____

Fecha: _____

NO AUTORIZACION

No autorizo cualquier mensaje relacionadas con mi cuidado de salud para ser dejado en el contestador automático casero.

No autorizo cualquier mensaje relacionadas con mi cuidado de salud que lo dejen en mi buzón de voz trabajo / máquina contestadora.

No autorizo cualquier información relacionada con mi salud que se dará a cualquier persona.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN REVOCADOS

Autorización de divulgación médica revocada el ____/____/____

Initials of individual receiving written revocation: _____