

**Información del paciente – POR FAVOR EN LETRA DE MOLDE**

Nombre del paciente (apellido, primer nombre): \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social (opcional): \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Persona a contactar en emergencias: \_\_\_\_\_ Teléfono de esta persona: \_\_\_\_\_

**Historial médico**

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

**Sólo para MUJERES:** ¿Hay posibilidad de que pudiera estar embarazada?  Sí  NO Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_

**Información de Seguro/Compensación Laboral/Garante de Seguro**

Seguro Primario/Compensación Laboral: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Fecha de Herida: \_\_\_\_\_  
 Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Asegurado: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Identificación # \_\_\_\_\_  
 Garante (Financiamerente Responsable): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Garante: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Representante autorizado por el paciente**

Por favor marque Sí o NO para indicar si podemos revelar información protegida de salud, incluso informes, imágenes o información financiera o del seguro a los representantes autorizados mencionados. \*Si usted es el padre, madre o tutor legal o tiene poder legal del paciente, por favor incluya su nombre abajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  Sí  NO

**Notificación sobre la ley de protección al consumidor en llamadas telefónicas**

→ INICIALES \_\_\_\_\_

Para propósitos relacionados con mi cuenta o para cobros de cualquier monto que yo adeude, SimonMed o sus agentes pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número telefónico asociado con mi cuenta, lo cual incluye, sin limitación alguna, los teléfonos inalámbricos o celulares cuyas llamadas pueden ocasionar cargos. Ustedes también pueden comunicarse conmigo utilizando mensajes de voz pregrabada o artificial y/o a través del uso de dispositivos automáticos de llamada.

**Política de pago**

Por favor revise nuestra política de pago y si tiene preguntas podemos discutir las antes de su examen. **Seguro:** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluso Medicare. Si usted no tiene seguro o no está cubierto por un plan de seguro aceptado por nosotros, el pago completo debe hacerse en el momento en que los servicios sean proporcionados, a no ser que se haya hecho y aceptado anticipadamente otro tipo de arreglo. **Prueba de seguro/Formularios de referencia:** Podemos requerir que usted nos proporcione una copia de su licencia de conducir y tarjeta válida de seguro para comprobar que tiene seguro. Si no nos proporciona la información correcta, usted será responsable por el pago. Si no tiene su tarjeta de seguro, usted será responsable por el pago en el momento del servicio. Una vez que obtengamos información de su seguro, cobraremos a la aseguradora y le reembolsaremos cualquier pago en exceso cuando el reclamo sea pagado por su plan de seguro. Si su seguro cambia, por favor notifíquenos inmediatamente para evitar problemas con el pago de su reclamo. **Copagos, deducibles y coaseguro:** Usted acepta pagar todos los copagos, deducibles y coaseguros, de acuerdo a lo requerido por su plan de seguro, en el momento en que se efectúen sus exámenes. **Servicios no cubiertos:** En algunos casos, los servicios que usted recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por Medicare u otros planes de seguro. En tales casos, se le requerirá pagar estos servicios por completo en el momento de su examen. A fin de poder proporcionar servicios a los pacientes de Medicare, es posible que se les pida completar separadamente un formulario de aviso de anticipo a beneficiario. **Cesión:** Al firmar este formulario, usted acepta ceder todos los beneficios del seguro por los servicios prestados a SimonMed Imaging y autoriza a SimonMed Imaging a someter un reclamo a Medicare o su plan de seguro. Nosotros presentaremos sus reclamos a su plan de seguro y le proporcionaremos asistencia razonable para lograr que el plan de seguro pague los reclamos. **Cobros:** Una vez que una cuenta ha sido transferida a cobranzas, todos los servicios futuros deberán ser pagados por completo en el momento del servicio. Se cobrará una multa de \$25.00 por cualquier cheque rechazado. Las políticas para pagos de los pacientes pueden no ser aplicables en ciertos casos, los cuales incluyen, aunque sin limitarse a los mismos, los casos de compensación por accidentes de trabajo.

**Avisos de prácticas de privacidad y derechos del paciente**

Al firmar este formulario, acuso recibo de los avisos de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente proporcionados por el proveedor y confirmo que se me ha dado la oportunidad de leerlos.

**Autorización para revelar o proporcionar información**

SimonMed Imaging puede revelar total o parcialmente el récord médico y/o financiero del paciente a su plan de seguro para determinar la elegibilidad a los beneficios, a sus médicos y a otros proveedores de atención de salud responsables por la atención del paciente. Nosotros podemos solicitar información de salud relacionada con los estudios efectuados por SimonMed. Esta información puede incluir imágenes de exámenes previos, historial, síntomas, resultados de laboratorio, informes de patología, etc. Entiendo que la autorización de representante del paciente indicada arriba se mantendrá vigente por un año (o hasta la fecha de mi próxima cita), cualquiera de las dos fechas que ocurra primero. SimonMed Imaging puede cobrar una tarifa hasta un máximo de \$25.00 por cada juego de imágenes solicitado.

**Consentimiento general al tratamiento y derecho a rechazarlo**

**Consentimiento general al tratamiento:** Al firmar a continuación, yo personalmente (o por medio de mi representante autorizado) autorizo a SimonMed Imaging y a su personal a efectuar cualquier examen, prueba y procedimiento diagnóstico y a proporcionar cualquier medicamento o tratamiento para evaluar y mantener eficazmente mi salud y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es responsabilidad de mi proveedor o proveedores de atención de salud explicarme las razones por las que se requiere cualquier examen, prueba o procedimiento diagnóstico, las opciones disponibles de tratamiento y los riesgos y beneficios comunes asociados con estas opciones, así como los cursos alternativos de tratamiento. **Derecho a rechazar el tratamiento:** Al otorgar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que retengo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento o medicamento en particular que haya sido recomendado o considerado necesario por mi médico. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

Al firmar abajo, declaro que entiendo y acepto las políticas y declaraciones anteriores.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_