

Autorización para Servicios Médicos

1. **Relación Legal entre Radiology Regional Center y el Profesional de la Salud.** Los profesionales de la salud involucrados en su cuidado pueden ser empleados o contratistas del Centro Regional de Radiología. Entiendo que ciertos profesionales de la salud que me amenren servicios en las instalaciones del Centro Regional de Radiología pueden ser contratistas independientes y no son empleados o agentes del Centro Regional de Radiología. Entiendo que en esos casos, puede haber una carga separada de estos médicos y profesionales de la salud por sus servicios.
2. **Divulgación de Información.** Autorizo al Centro Regional de Radiología y a cualquier profesional de la salud involucrado en mi atención a divulgar mi información médica y documentos de apoyo de la misma, según lo compilado en mi expediente médico durante esta visita ambulatoria, de acuerdo con HIPAA 45 CFR Partes 160 & 164 a menos que se prohíba lo contrario por la finalización de un formulario de "Solicitud de Restricción Especial de la PHI" por el paciente o representante del paciente. Reconozco que los datos de mi expediente médico pueden ser accesibles para todos los proveedores de atención médica y su personal apropiado bajo las directrices de tratamiento, pago y operaciones de la HIPAA (TPO).
3. **Asignación de los Beneficios.** Acepto asignar todos los derechos, títulos e intereses en todos los beneficios pagaderos por la atención médica prestada, que se proporcionan en todas y cada una de las pólizas de seguro y planes de beneficios de salud de los que mis dependientes o yo tenemos derecho a recuperar. La asignación de beneficios permite que el Centro Regional de Radiología y/o sus profesionales de la salud sean pagados directamente por mi compañía de seguro médico u otro plan de beneficios de salud, incluyendo Medicare, por los servicios que el Centro Regional de Radiología y/o sus profesionales de la salud me proporcionan a mí, a mi hijo menor de edad u otra persona(s) con derecho a beneficios de atención médica para este servicio. La asignación y transferencia será con el propósito de otorgar a Radiología Regional y/o a sus profesionales de la salud un derecho independiente de recuperación contra mi aseguradora o plan de beneficios de salud, pero no se interpretará como una obligación del Centro Regional de Radiología y/o sus profesionales de la salud de perseguir dicho derecho de recuperación. En los casos en que el Centro Regional de Radiología toma la asignación, las obligaciones de pago del paciente permanecen por deducible, copago y ciertas otras cantidades no pagadas por el pagado. Este párrafo no se aplica a los pacientes autopagados.
4. **Pacientes de Medicare.** Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII o el Título XIX de la ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a que libere a la administración del Seguro Social o a sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para la reclamación de esta admisión, o una reclamación relacionada con Medicare.
5. **Consentimiento para Tratamiento Médico o Cirugía.** Yo, los abajo firmantes, consiento el(los) procedimiento(s) que se pueda realizar durante esta visita al consultorio, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia, si es necesario, u otros servicios prestados bajo las instrucciones generales y especiales de los profesionales de la salud involucrados en mi cuidado. En el caso de que un empleado se exponga accidentalmente a mis fluidos sanguíneos/corporales, por la presente doy mi consentimiento para analizar mi sangre según lo considere necesario por el Centro Regional de Radiología o mi médico de atención primaria asistente, para incluir la hepatitis y la prueba de VIH. También reconozco que el profesional sanitario involucrado en mi cuidado o centro regional de radiología no ha hecho ninguna garantía o garantía en cuanto a los resultados de cualquier tratamiento o procedimiento diagnóstico o operativo que pueda ser dado o realizado.
6. **Objetos Personales de Valor.** Por este medio libero de toda responsabilidad a Radiology Regional Center y a sus profesionales de cuidado de salud de toda responsabilidad relacionada a la pérdida de dinero o daños de objetos de valor y/o propiedad mientras reciba servicios en la facilidad de Radiology Regional Center.
7. **Acuerdo Financiero.** Yo, el suscrito, acepto, ya sea que firme como padre, guardián, cónyuge, agente, garante, o como paciente, que en consideración a los servicios prestados al paciente, yo por la presente me comprometo individualmente a pagar la cuenta de Radiology Regional Center de acuerdo con las tarifas y términos regulares de Radiology Regional Center. Si la cuenta se envía a un abogado o agencia de cobro para su cobro, yo pagaré los honorarios del abogado y los gastos de cobro. Cada uno de los abajo firmantes acepta las investigaciones de Radiology Regional Center sobre su historial crediticio de conformidad con las necesidades comerciales legítimas y las leyes, normas y reglamentos aplicables. Cada uno de los abajo firmantes acuerda pagar todos los balances adeudados y pagaderos en el momento del alta del paciente de Radiology Regional Center. Cada uno de los abajo firmantes acuerda que Radiology Regional Center puede, con o sin aviso, asignar, transferir y transmitir a cualquier agencia o abogado, su derecho, título e interés en cualquier saldo adeudado después del alta del paciente. Si se presenta una demanda, el abajo firmante acuerda pagar los costos adicionales, los daños, las tarifas y los gastos incurridos al proseguir dicho reclamo, el cual se determinará razonablemente por una corte. Es posible que este párrafo no se aplique si su proveedor remitente ha hecho otros arreglos para el pago con Radiology Regional Center.
8. **Consentimiento para Recibir Comunicación.** Si en algún momento yo, o una persona de la que soy responsable, proporciona información de contacto (un número de teléfono o dirección postal inalámbrico o fijo) en el que puedo ser contactado, doy mi consentimiento para recibir comunicación de cualquier manera, incluyendo, pero no limitado a, correos electrónicos automatizados, correos de voz, declaraciones escritas, mensajes de texto, llamadas automarcadas y mensajes pregrabados, que podrían resultar en cargos para mí. Este consentimiento para recibir comunicaciones puede transmitirse a los sucesores y cesionarios del Centro Regional de Radiología, otros proveedores médicos utilizados durante el curso del tratamiento, afiliados, agentes y contratistas independientes, como administradores y agentes de cobro. **Entiendo que mi información de contacto puede ser utilizada sólo para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Radiología Regional Center no vende su lista de pacientes o información de contacto del paciente. Centro Regional de Radiología no vende su lista de pacientes o información de contacto del paciente.** Reconozco que soy un usuario autorizado de esta información de contacto y que tengo permiso para usar dicha información de contacto del suscriptor actual real de la información. Es mi responsabilidad actualizar este proveedor de atención médica con información de contacto nueva y actualizada y que, si no actualizo esta información, mantendré al proveedor de atención médica inofensivo por notificaciones inoportunas. **Entiendo que proporcionar este consentimiento para la comunicación es una condición para el tratamiento en el Centro Regional de Radiología.**
#De Case Teléfono: _____ **otro teléfono #De Celular:** _____
 Entiendo que puedo cambiar de parecer notificándolo a optout@radiologyregional.com.
9. **Determinación Adversa sobre Beneficios.** Se le permite a Radiology Regional Center revelar completa o parcialmente cualquier información, documentación, pólizas, procedimientos y recursos usados por mi compañía de seguro médico u otro plan de beneficio médico para ejecutar una determinación adversa de beneficios, como lo define el 29CFR 2560-503-1 de mi cobertura de beneficios de salud. Radiology Regional Center está autorizado para representarme en todas y cada una de las demandas federales en contra de mi compañía de seguros conforme a ERISA. Radiology Regional Center está autorizado para iniciar a mi favor cualquier queja concerniente a mis beneficios de cuidado médico o determinaciones adversas de beneficios como lo define el 29CFR 2560-503-1, con el Comisionado Estatal de Seguros por una posible violación de las leyes estatales de seguros o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado y la Secretaría de Trabajo pertinente a ERISA, especialmente 29US USC 1003(a) y 1144(a).
10. **Pacientes de Ensayo Clínico.** Los párrafos 1,2,3,4,7 y 9 no se aplican a los pacientes que están recibiendo este episodio de atención bajo un ensayo clínico que se factura directamente al investigador que ordena. ***Esos párrafos se aplicarían si se realizan exámenes adicionales de ensayos no clínicos en esta misma cita y sólo a esos servicios.

Estoy programado para tener servicios médicos realizados en un centro de Radiología Regional el día _____. Por este medio certifico y declaro haber leído y que he entendido entera y completamente la autorización anterior por Servicios Médicos, y que he firmado esta Autorización por servicios médicos de manera consciente, libre y voluntaria.

Fecha: _____

X _____

X _____

Firma del Paciente/Cónyuge/Padre/Guardián

Escriba Nombre del Paciente

Relación con el Paciente



Información Médica Privada PHI (PHI) (por sus siglas en inglés) Disclosure Authorization

Paciente Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionarsu dirección de correo electrónico, usted acepta recibir notificaciones por correo electrónico de RRC, incluidas las notificaciones relativas a su cuenta del portal del paciente o al producto de acceso a datos PowerShare.

Si se registra en el portal o PowerShare con una cuenta de correo electrónico compartida, tenga en cuenta que todos los usuarios de esa cuenta de correo electrónico pueden tener acceso a la información médica contenida en el portal o PowerShare y puede ser capaz de acceder y/o restablecer la contraseña para el portal o PowerShare. Si desea proteger su información médica de dicho acceso, no se registre en el portal o PowerShare con una cuenta de correo electrónico compartida o compartir su contraseña de correo electrónico con cualquier persona.

**Registros enviados por correo electrónico a una dirección de correo electrónico no codificado pueden ser vistos por personas no autorizadas. Al seleccionar este método de entrega, usted entiende y acepta los riesgos inherentes de recibir registros por correo electrónico a la dirección que usted especifique.*

Persona en caso de emergencia: _____ Número de Tel: _____

RRC puede divulgar cualquier información a la familia y amigo(s) que la lista de abajo. (copias de exámenes, resultados de exámenes, horas y fechas de citas, información médica y financiera)

Nombre:

Parentesco:

Cree su propio código de seguridad de 4 dígitos. _____ (Para acceder su cuenta si usted solicita información por teléfono)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a RRC la cual es válida por un año, entiendo que RRC no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios al firmar yo esta autorización, entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el beneficiario/a y sin estar más sujeta a las leyes de privacidad aplicables.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Encargado/Representante: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

*** COMPLETE EL FORMULARIO EN EL OTRO LADO POR FAVOR ***



Reconocimiento de Recibo de Notificación de la Práctica de Privacidad

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido o haber sido informado que tiene el derecho de recibir una copia de Reconocimiento del Recibo de Notificación de la Práctica de Privacidad de Radiology Regional.

Esta notificación está disponible por escrito al solicitarse en la recepción de cualquier centro de Radiology Regional, o al someter una solicitud por escrito del Acta Federal que protege la privacidad individual de información referente a la salud, HIPAA (por sus siglas en ingles), a Radiology Regional al 3660 Broadway, Fort Myers, FL 33901.

Usted también puede ver o imprimir una copia de la Notificación de la Práctica de Privacidad al visitar la página de Radiology Regional en www.radiologyregional.com seleccione el menú Para Pacientes y pulse la opción de Póliza de Privacidad.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Encargado/Representante: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____