

Tower Radiology Centers

HOJA DE DATOS DEL PACIENTE

Nº de cuenta _____

Iniciales del RSP _____

Datos del paciente Apellido(s) _____ Nombre _____

Nombre del padre o madre (si el paciente es menor de edad) _____

Dirección del paciente _____ Nº de apartamento _____

Población _____ Estado _____ CP _____

Fecha de nacimiento / / Edad _____ Género M _____ F _____

Nº de teléfono fijo _____ Nº de teléfono del trabajo _____ Nº de teléfono celular _____

Nº de SS _____ - _____ - _____ Email _____

Médico remitente _____ Dirección _____

Otros médicos a los que se enviará el informe _____ Dirección _____

¿Está embarazada? No _____ Sí _____ No estoy segura _____ Estado civil _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Relación con el titular de la póliza: Usted mismo/a Cónyuge Hijo/a menor dependiente Estudiante Otra

Nombre del seguro primario _____

Nombre del seguro secundario _____ Nombre del seguro terciario _____

La lesión se debe a un accidente: Sí No Fecha de la lesión: _____ Nº de la reclamación del seguro: _____

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? Automóvil Accidente laboral Motocicleta Peatón atropellado Resbalón y caída Otra clase

Nombre del seguro de automóvil _____ Tasador de reclamaciones _____ Nº de teléfono _____

Nombre del abogado o agencia _____ Nº de teléfono del abogado _____

CONFIRMO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIORMENTE INDICADA ES AUTÉNTICA Y CORRECTA

Firma del paciente o representante personal

Fecha

DÉ LA VUELTA A LA HOJA ↓

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo a Tower Imaging, LLC. (TOWER) a proporcionar el tratamiento o procedimientos médicos necesarios, tales como procedimientos de diagnóstico o de laboratorio, así como fármacos y suministros que tanto su médico remitente como sus asistentes o delegados puedan solicitar. Soy consciente de que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta. Asimismo, soy consciente de que no se me ha ofrecido ninguna garantía en cuanto a los resultados de estos procedimientos diagnósticos o tratamientos. Reconozco que los médicos que ejercen en TOWER pueden no ser empleados o representantes de TOWER, sino que pueden ser médicos independientes. TOWER puede delegar aquellos servicios proporcionados a estos médicos independientes. Asimismo, cualquier pregunta relacionada con la atención que el médico independiente haya proporcionado o solicitado debe dirigirse a dicho médico.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

AUTORIZACIÓN

Esta autorización se amplía a toda mi información médica protegida de acuerdo con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) que se divulga con fines de información general y es válida hasta que se revoque. Autorizo a Tower Imaging, Inc., (TOWER) a tener el derecho de obtener toda la información médica necesaria para procesar mi(s) prueba(s) de diagnóstico, la asignación de beneficios de cualquier programa médico aplicable financiado por el gobierno relacionado con esta reclamación y el derecho a solicitar el pago y a obtener o divulgar cualquier información médica necesaria para el pago de acuerdo con los programas médicos financiados por el gobierno, los seguros de atención administrada o los seguros privados. Autorizo a cualquier titular de mi información médica o de otra clase a divulgar la información necesaria para procesar esta reclamación u otras reclamaciones relacionadas. Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en los casos en los que la información ya haya sido divulgada, por correo postal a la atención de: Privacy Officer, Tower Imaging, Inc., 2700 University Square Drive, Tampa, FL 33612. Por la presente, TOWER, sus empleados, directivos y médicos quedan exentos de cualquier obligación legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Comprendo que puedo solicitar que TOWER restrinja la divulgación a mi seguro médico o a su socio comercial solo si he pagado completamente de mi bolsillo los servicios prestados.

Comprendo que el hecho de que pueda tener seguro no me libera de mi responsabilidad personal de pago. Si no proporciono información completa y correcta del seguro en el momento del servicio, es posible que no se pueda facturar al seguro en una fecha posterior y seré responsable del pago. Entiendo que debo pagar los servicios no cubiertos, los servicios considerados no reembolsables por mi compañía de seguros, el coaseguro y los deducibles a pagar por los servicios médicos. Asimismo, acepto pagar cualquier coste de recaudación por cualquier saldo vencido. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización una vez la haya firmado.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado una copia del aviso de privacidad de Tower Imaging, LLC., (TOWER). Por la presente, autorizo, tal como indica mi firma a continuación, a TOWER a utilizar y divulgar mi información médica protegida para cualquier fin necesario de tipo clínico, financiero y de seguro. Asimismo, también consta mi autorización al respecto en los formularios de registro y consentimiento.

Autorizo a TOWER a contactar con las personas indicadas a continuación acerca de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), facturación o resultados de pruebas:

1. _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de inclusión o eliminación _____

2. _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de inclusión o eliminación _____

En caso de urgencia, contacte con _____

Relación con el paciente _____ Número de contacto _____

Firma del paciente o representante personal

Fecha

NOTA PARA NUESTROS APRECIADOS PACIENTES:

La mayoría de servicios de radiología de diagnóstico de Tower Radiology Centers los proporcionan médicos de Radiology Associates of Florida. En ciertas ocasiones, algunos servicios de radiología de diagnóstico los pueden proporcionar médicos empleados por nuestro socio académico, University of South Florida. En ese caso, se requiere del aviso especial indicado a continuación:

Reconozco que University of South Florida/University of South Florida Board of Trustees, un organismo público corporativo del estado de Florida ("USF") y participado por Radiology Associates of Florida, P.A. y Tower Imagine, me ha proporcionado aparte este aviso por escrito conforme algunos o todos los servicios, atención y tratamiento de radiología que recibo los proporcionarán médicos que son empleados o agentes de USF y, si procede, la responsabilidad que pueda derivarse de dicha atención se limita a lo dispuesto por la ley. Por la presente, doy fe conforme soy el paciente o la persona autorizada para dar consentimiento en nombre del paciente.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

OBJETOS PERSONALES

Soy responsable de mis propias pertenencias personales. Hay taquillas y bolsas disponibles para guardar las pertenencias de los pacientes con el fin de proteger sus artículos personales.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

PARA PACIENTES QUE SE SOMETEN A RESONANCIAS MAGNÉTICAS (MRI)

En caso de que vaya a someterse a una resonancia magnética, se le administrará un agente de contraste basado en gadolinio (ACBG) por vía intravenosa. Los ACBG pueden facilitar el diagnóstico de ciertas condiciones médicas más pronto y con mayor precisión. Los ACBG se desarrollaron y se aprobaron por primera vez para uso diagnóstico en humanos en 1988 en los Estados Unidos y se han usado clínicamente durante 30 años. Se han administrado cientos de millones de dosis a pacientes en todo el mundo.

Se ha comprobado que una pequeña cantidad del gadolinio del ACBG permanece en diversas partes del cuerpo durante meses o años. Los posibles efectos a largo plazo al respecto aún no se han determinado, pero hasta la fecha **ningún** estudio ha detectado efectos perjudiciales a causa de esta retención. En Tower Radiology utilizamos los agentes de contraste más seguros con el mayor beneficio clínico. De ser necesario, un tecnólogo de resonancias magnéticas específicamente capacitado revisará su historial médico y los registros importantes junto con un radiólogo colegiado y determinará si el estudio de su resonancia magnética necesita de uno de estos agentes. Si desea obtener más información para leer en casa acerca del contraste que utilizamos, pregúntele a un empleado de Tower.

Gracias por depositar su confianza en nosotros para que le atendamos. Su salud es nuestra preocupación primordial.