



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 _____

Lenguaje Preferido: o Ingles o Espanol o Otro _____

Nº de SS _____ - _____ - _____ Email _____

*Provea su dirección de correo electrónico para acceder sus registros médicos en línea.

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: O Usted mismo/a O Cónyuge O Hijo/a menor dependiente O Estudiante O Otra

Nombre del seguro primario _____

Nombre del seguro secundario _____ Nombre del seguro terciario _____

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

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

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 (y autoridad)

Fecha

DÉ LA VUELTA A LA HOJA ↓

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo a Tower Imaging, LLC. (TOWER) a proporcionar el/los tratamiento(s) o procedimiento(s) médico(s) necesario(s); incluyendo procedimientos de diagnóstico y/o laboratorio, y los medicamentos y suministros que pueda(n) ordenar el/los médico(s) que refieren, sus asistentes o sus designados. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada como resultado de estos procedimientos de diagnóstico o tratamiento. Reconozco que los médicos que practican en TOWER pueden no ser empleados o agentes de TOWER, sino que pueden ser médicos independientes. TOWER puede delegarles a estos médicos independientes los servicios prestados y cualquier pregunta relacionada con la atención que el médico independiente haya prestado u ordenado debe ser dirigida a dicho médico.

Firma del Paciente o Representante Personal (y autoridad)

Fecha

AUTORIZACIÓN

Autorizo a Tower Imaging, LLC., (TOWER) el derecho a divulgar cualquier información de salud sobre mí, como mi historial clínico, condición mental o física, y el tratamiento recibido, incluyendo información demográfica con el propósito de: procesar mis pruebas de diagnóstico; asignar beneficios de cualquier programa de salud financiado por el gobierno pertinente relacionado con este reclamo; y

el derecho a solicitar el pago y a obtener o divulgar cualquier información médica necesaria para el pago en virtud de los programas de salud financiados por el gobierno pertinente, los planes de atención administrada y/o seguros privados. Autorizo a cualquiera que detente información médica u otra información sobre mí a divulgar dicha información a TOWER para lograr este propósito previsto. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del destinatario de dicha información, y que puede ya no ser protegida por la ley federal o estatal. TOWER, sus empleados, funcionarios y médicos quedan, por medio de la presente, liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación relacionada con la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada, enviando la revocación a Atención: Funcionario de privacidad, Tower Imaging, LLC., 2700 University Square Drive, Tampa, FL 33612. Esta Autorización es válida hasta que yo ya no sea paciente de Tower, o durante un plazo de cinco (5) años a partir de la fecha indicada a continuación. Entiendo que puedo solicitar que TOWER restrinja la divulgación a mi plan de salud o a su socio comercial únicamente si he pagado la totalidad de mi bolsillo por los servicios proporcionados. TOWER no condicionará mi tratamiento dependiendo de si proporciono autorización para el uso o divulgación solicitados.

Entiendo que el hecho de que pueda tener un seguro no me exime de mi responsabilidad personal por el pago. Si no proporciono información completa y correcta del seguro al momento del servicio, puede ser imposible facturarle 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, los coaseguros y deducibles pertinentes por servicios médicos. También acepto pagar cualquier costo razonable de cobranza por cualquier saldo atrasado.

Entiendo que tengo el derecho de: inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgada de la manera permitida por la ley federal o estatal; de negarme a firmar esta Autorización; y de recibir una copia de esta Autorización. Si estoy solicitando información para mí o para un tercero, se puede aplicar una tarifa razonable y apropiada por copiar la información. He leído la información anterior y autorizo la divulgación de mi información por parte de TOWER para el propósito descrito en este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal (y autoridad)

Fecha

RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Tower Imaging, LLC., (TOWER). Por medio de la presente autorizo, como lo indica mi firma a continuación, a TOWER a usar y divulgar mi información médica protegida para cualquier propósito clínico, financiero y de seguro necesario, como también se autoriza en los formularios de Registro y Consentimiento. Autorizo a TOWER a hablar con las siguientes personas sobre mi Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en inglés), facturación y/o resultados de pruebas:

1. _____ FN: _____ Fecha Añadido/Retirado: _____

2. _____ FN: _____ Fecha Añadido/Retirado: _____

En caso de una emergencia, favor comunicarse con: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Firma del Paciente o Representante Personal (y autoridad)

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 (y autoridad)

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 Personal (y autoridad)

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.