



# HOJA DE DATOS DEL PACIENTE

Nº de cuenta \_\_\_\_\_



Iniciales dePSR \_\_\_\_\_

Nombre de paciente *Apellido* \_\_\_\_\_ *Nombre* \_\_\_\_\_

Nombre del padre o la madre *(si el paciente es menor de edad)* \_\_\_\_\_

Dirección de paciente \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ SSN \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nº de teléfono privado \_\_\_\_\_ Nº de tel. del trabajo \_\_\_\_\_ Nº de tel. celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Médico que lo ha remitido \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Médicos adicionales a quienes mandarles el informe \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No está segura \_\_\_\_

Nombre de titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Nº de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Relación con titular de la póliza:  Usted mismo/a  Cónyuge  Hijo/a dependiente  Estudiante  Otro/a

Nombre del seguro principal \_\_\_\_\_

Nombre del segundo seguro \_\_\_\_\_ Nombre del tercer seguro \_\_\_\_\_

¿La lesión se debe a un accidente?: Sí  No  Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Nº de reclamo del seguro: \_\_\_\_\_

Si es así, ¿qué tipo? Auto  Comp. del empleado  Motocicleta  Pedatón golpeado por un auto  Resbalón y caída  Otro accidente

Nombre del seguro de automóvil \_\_\_\_\_ Perito del seguro/tasador de daños \_\_\_\_\_ Nº de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del abogado o gabinete de abogados \_\_\_\_\_ Nº de teléfono de abogado \_\_\_\_\_

CONFIRMO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CIERTA Y CORRECTA

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Autorizo a Tower Imaging, Inc., Community Diagnostic Center, Maru Diagnostic Imaging y a Tower OpenScan MRI (TOWER) a brindar el tratamiento o los procedimientos médicos necesarios, incluyendo procedimientos de diagnóstico o laboratorio, así como medicamentos y suministros que puedan ser ordenados por el (los) médico(s) remitente(s), sus auxiliares o las personas que designen. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías como resultado de estos procedimientos de diagnóstico o este tratamiento. Reconozco que los médicos que trabajan en TOWER pueden delegar a estos médicos independientes los servicios proporcionados y que cualquier pregunta relacionada con la atención que el médico independiente haya dado u ordenado debe dirigirse a este.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## AUTORIZACIÓN

Esta autorización se extiende a toda mi información de salud protegida de acuerdo a la HIPAA (Ley de transferibilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996) que se divulga con fines de información general y que será válida hasta que se revoque. Doy a Tower Imaging, Inc., Community Diagnostic Center, Maru Diagnostic Imaging y a Tower OpenScan MRI (TOWER) el derecho de obtener toda la información médica necesaria para tramitar mis pruebas de diagnóstico, la asignación de beneficios de cualquier programa de salud pertinente financiado por el gobierno y relacionado con este reclamo, así como el derecho de solicitar pago y obtener o divulgar cualquier información médica necesaria para el pago bajo los programas de salud pertinentes financiados por el gobierno, planes de atención médica dirigida y/o seguros médicos privados. Autorizo a toda persona que tenga información médica u otra sobre mí a que divulgue dicha información que sea necesaria para tramitar este reclamo u otros reclamos relacionados. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, excepto si la información ya se ha divulgado, enviando la revocación al cuidado de: Privacy Officer, Tower Imaging, Inc., 2700 University Square Drive, Tampa, FL 33612. Por la presente, libero a TOWER, sus empleados, funcionarios y médicos de toda responsabilidad u obligación legal a causa de la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en la presente. Entiendo que puedo solicitar a TOWER que restrinja la divulgación a mi plan de salud o sus colaboradores únicamente si he pagado de mi bolsillo la totalidad de los servicios que se me han suministrado.

Entiendo que el hecho de tener un seguro no me libera de mi responsabilidad personal en cuanto al pago. Si no suministro información completa y correcta sobre mi seguro médico en el momento del servicio, podría no ser posible facturar a la compañía de seguros más tarde, por lo que yo seré responsable del pago. Entiendo que tengo que pagar por los servicios que no se cubren, servicios que mi compañía de seguros considere no reembolsables, coaseguro y deducibles que haya que pagar por servicios médicos. También estoy de acuerdo en pagar cualquier costo razonable de cobranza por mora de todo saldo restante. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente o representante personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Tower Imaging, Inc., Community Diagnostic Center, Maru Diagnostic Imaging y Tower OpenScan MRI (TOWER). Por la presente, como lo indica mi firma más abajo, autorizo a TOWER a usar y divulgar mi información de salud protegida con todo fin necesario de orden clínico, financiero y de seguro, así como está también autorizado en los formularios de registro y consentimiento.

Autorizo a TOWER a hablar con las siguientes personas sobre mi información de salud protegida (PHI), facturas y/o resultados de pruebas:

1. \_\_\_\_\_ Fecha en que se agregó o suprimió: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha en que se agregó o suprimió: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ponerse en contacto con: \_\_\_\_\_

Relación con paciente: \_\_\_\_\_ N° de teléfono del contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente o representante personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**