



CLEARVIEW
OPEN MRI

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

CUENTA#: _____

NOMBRE DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	SEXO	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN ACTUAL (Dirección, Ciudad, Código Postal)			
NUMERO DE TELÉFONO	NUMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE EN CASO DE EMERGENCIA	NUMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN	
NOMBRE DEL MEDICO QUE LO ENVIÓ			NUMERO DE TELÉFONO
¿SU ESTUDIO DE HOY ESTA RELACIONADO? (MARQUE UNO)			
COMPENSACIÓN LABORAL	AUTOMÓVIL	RESBALÓN Y CAÍDA	OTRO (EXPLIQUE)
FECHA DE LA LESIÓN/ACCIDENTE: _____			
NOMBRE DE SU ABOGADO		NUMERO DE TELÉFONO DE SU ABOGADO	
EMPLEADOR			NUMERO DE TELÉFONO
COMPAÑÍA DE SEGURO (PRIMARIA)	NUMERO DE ID#	GRUPO #	
NOMBRE DEL ASEGURADO			FECHA DE NACIMIENTO
COMPAÑÍA DE SEGURO (SEGUNDARIA)	NUMERO DE ID#	GRUPO#	
NOMBRE DEL ASEGURADO			FECHA DE NACIMIENTO

Entiendo que los servicios ofrecidos por Clearview Open MRI y sus doctores son necesarios para el paciente. Doy mi consentimiento y autorizo los servicios de Rayos X y/o Resonancia Magnética (MRI) que mandó mi doctor. Autorizo a Clearview Open MRI a obtener mis referencias médicas. Certifico que la información que le he dado a Clearview Open MRI es correcta a mi mejor saber y entender.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE O TUTOR (LETRA DE MOLDE): _____



CUENTA# _____ MEDICO QUE LO ENVIÓ: _____

PACIENTE _____

SEXO M F ESTATURA: _____ PESO _____ FECHA DE _____

¿ES SU ESTUDIO RELACIONADO CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SI NO RESBALÓN Y CAÍDA SI NO OTRO

FECHA DE ACCIDENTE: _____

DESCRIBA SUS SÍNTOMAS: _____

CIRUGÍAS Y FECHAS: _____

INDIQUE * SI * O * NO * EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

PRECAUCIÓN	Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopia). No entre a la sala del escáner MR o a la zona del laboratorio de MR. Si tiene alguna pregunta o duda relacionada con un implante, dispositivo, u objeto.
-------------------	---

Pinza(s) de aneurisma	Si	No	Catéter y/u arteficio de acceso vascular	Si	No
Marcapasos cardíaco	Si	No	Shunt (espinal o interventricular)	Si	No
Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)	Si	No	Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)	Si	No
Implante o dispositivo electrónicos	Si	No	Cualquier fragmento metálico en los ojos	Si	No
Implante o dispositivo activado magnéticamente	Si	No	Implante tipo malla	Si	No
Sistema de neuroestimulación	Si	No	Aumentador de tejidos (ej. Pecho)	Si	No
Estimulador de la medula espinal	Si	No	Grapas quirúrgicas, pinzas, o suturas metálicas	Si	No
Electrodos o alambres internos	Si	No	Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)	Si	No
Estimulador de crecimiento/fusión del hueso	Si	No	Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.	Si	No
Implante coclear, otológico, u otro implante del oído	Si	No	Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, o pesario	Si	No
Bomba de infusión de insulina o similar	Si	No	Dentaduras o placas parciales	Si	No
Dispositivo implantado para infusión de medicamento	Si	No	Tatuaje o maquillaje permanente	Si	No
Cualquier tipo de prótesis (ojo, pineal, etc.)	Si	No	Perforación (piercing) del cuerpo	Si	No
Prótesis de válvula cardíaca	Si	No	Audifono (quiteselo antes de entrar a la sala de escáner MR.)	Si	No
Muelle o alambre del parpado	Si	No	Otro implante _____	Si	No
Extremidad artificial o protésica	Si	No	Problema respiratorio o desorden del movimiento	Si	No
Semillas o implantes de radiación	Si	No	Claustrofóbico(a)	Si	No
Catéter de Swan-Ganz o de termo dilución	Si	No	Embarazada	Si	No
Malla metálica (stent), filtro, o anillo metálico	Si	No			

****** POR FAVOR REMUEVA AUDÍFONOS Y TODA JOYERÍA ******

Certifico que las preguntas que anteceden fueron contestadas verazmente a mi mejor saber y entender y que libero de la responsabilidad a Clearview Imaging.

Firma del paciente o titular

Fecha



CLEARVIEW OPEN MRI

Accredited by the American College of Radiology

CUENTA _____

PACIENTE _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de Práctica de Privacidad explica cómo podemos utilizar y revelar la información protegida que tengamos sobre su salud. El Aviso tiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Las condiciones de nuestro Aviso pueden cambiar. Si modificamos nuestro Aviso. Usted puede obtener una copia actualizada comunicándose con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de pedir que restrinjamos la utilización y revelación de la información sanitaria protegida sobre usted para tratamiento, cobranza u operación. No estamos obligados a aceptar la restricción, pero si lo hacemos la acataremos.

Al firmar este formulario usted se manifiesta de acuerdo con nuestras prácticas de utilización y revelación de la información sanitaria protegida sobre usted para tratamiento, cobranza y operaciones. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna revelación efectuada con anterioridad basada en su anterior Consentimiento. Nuestra institución provee este formulario de acuerdo con la ley de Portabilidad de seguro de salud y responsabilidad de 1996 (la HIPAA).

El paciente comprende que:

- La información sanitaria protegida puede revelarse o utilizarse para tratamiento cobranza u operaciones.
- Clear-View Open MRI tiene un Aviso de prácticas de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisarlo.
- Clear-View Open MRI se reserva el derecho de cambiar el Aviso de normas de privacidad
- El paciente tiene derecho de restringir la utilización de la información pero Clear-View Open MRI no tiene la obligación de acatar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las futuras revelaciones cesarán.
- Clear-View Open MRI puede condicionar el tratamiento al otorgamiento de este Consentimiento

Nombre del paciente (en letras de molde): _____

Firma del paciente: _____

Paciente o representante legal

Relación con el paciente (si quien firma no es el paciente): _____

Fecha: ____/____/____

Firma del testigo: _____

Representante de la institución

Fecha: ____/____/____



CLEARVIEW OPEN MRI

Accredited by the American College of Radiology

CESIÓN, GRAVAMEN Y AUTORIZACIÓN

Por la presente doy autorización a ustedes, mi compañía de seguros y/o abogado, a abonar directamente a Clear-View Open MRI ("los Cesionarios") las sumas que llegaren a adeudarse a los Cesionarios por razón de servicios prestados: también autorizo a mi compañía de seguros a dar información de cobertura a Clear-View Open MRI: y para protección de dichos Cesionarios a retener las sumas que por beneficios de incapacidad, pagos médicos, beneficios *No Fault* u otros resultaren a mi favor por cualquier acuerdo, resolución judicial o veredicto: además reconozco gravamen a favor de dichos Cesionarios sobre cualesquiera beneficios de seguro aquí nombrados y cualesquiera sumas que me correspondan por cualquier acuerdo, resolución o veredicto consecuencia de las lesiones o enfermedades por las que fui atendido por los Cesionarios.

En cumplimiento de las leyes de la Florida 627.736(5) por la presente cedo los beneficios de seguro y cualesquiera acciones que me correspondan al amparo de mi póliza de seguro de automóvil. En el caso de que mi compañía de seguros, obligada a reembolsarme los cargos de los Cesionarios por servicios, rehúse hacer o reduzca tales pagos, suponiendo cobertura remanente al momento en que la Compañía reciba la factura de los Cesionarios, si no paga a los Cesionarios la cantidad total de las facturas presentadas, para evitar el agotamiento de la cobertura mientras los Cesionarios hacen valer sus derechos bajo esta Cesión, **autorizo a la Compañía de Seguros y le ordeno que parte y coloque en depósito una cantidad igual al monto total de cualquier negativa o reducción , y que mantenga esa cantidad en depósito hasta que la disputa se resuelva en el foro apropiado.**

Entiendo que quedo personalmente responsable por la cantidad total adeudada a los Cesionarios por sus servicios. También entiendo y acepto que esta Cesión. Gravamen y Autorización no constituye consideración para que los cesionarios esperen pagos y que ellos a su opción pueden exigirme el pago inmediatamente después de prestar sus servicios.

Autorizo a los Cesionarios a desvelar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado para facilitar la cobranza bajo esta Cesión. Gravamen y Autorización. Convengo que a favor de los arriba mencionados Cesionarios se otorgue Poder Especial para endosar/firmar en mi nombre cualesquiera y todos los cheques y formularios de reclamación para el pago de mi factura. Comprendo que, si esta cuenta se pasa a mi abogado para cobranza y/o demanda judicial, los Cesionarios tendrán derecho al reembolso de honorarios de abogado y costo de cobranza. También comprendo que si se expide un cheque incobrable, convengo en pagar esos costos adicionales.

Firmado el _____ de _____ de 20 _____

Firma del titular de la póliza o reclamante

Testigo