

Consentimiento para el tratamiento y el Acuerdo Financiero

A. Consentimiento para Tratamiento: Estoy entrando a Castro Valley Open MRI con el propósito de tratamiento diagnóstico médico y / o invasivos. Doy mi consentimiento a mi médico, asesoría y / o médicos de referencia, sus asistentes designados, y otro personal del centro, para darme servicios de tratamiento médico, diagnóstico, o de otro tipo que se consideren necesarias y / o apropiadas por mi médico. Esto incluye mi consentimiento para servicios tales como radiografías y pruebas de laboratorio, tratamientos o medicamentos, vigilancia y todos los demás procedimientos o tratamientos que no requieren mi consentimiento informado específico.

B. Reconocimiento General: Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Entiendo que el tratamiento médico y el diagnóstico puede implicar un riesgo de lesión. No hay garantías se han hecho a mí en las relaciones con los resultados de mi examen o de tratamientos en la facilidad. Entiendo que es mi responsabilidad de seguir las instrucciones y hacer los arreglos para el cuidado de seguimiento. Yo entiendo que puedo revisar y obtener una copia de mi expediente médico por mi cuenta, y que esta revisión se llevará a cabo en la instalación, en horario de oficina.

C. Asignación y Acuerdo de Pago: Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios que recibo y la garantía de pago por estos servicios. Por la presente asigno a la facilidad y los médicos y profesionales relacionados con la facilidad, para su aplicación a la factura de los servicios todos los derechos y reclamos de reembolso por la ley federal o un plan estatal de salud (incluyendo, pero no limitado a Medicare o Medicaid), póliza de seguro, y arreglo de cuidado administrado o cualquier otro tercero pagador disposición similar que cubre los costos de atención de salud y cuyo pago puede estar disponible para cubrir ese costo de los servicios que me proporcionó. Entiendo que soy responsable por cualquier caso de co-pago, deducible, coseguro y / o sin cobertura de costos y gastos en el momento de mis servicios de resonancia magnética. Entiendo que no todas las compañías de seguros pagan las tarifas habituales de la instalación, el médico y / o los profesionales relacionados con la instalación. Por lo tanto, cuando la ley lo permita y cualquier saldo pendiente será mi responsabilidad. Entiendo y acepto que soy responsable por el costo de recolección y / o razonables honorarios de abogados relacionados a mi cuenta. Entiendo que mi información de salud se dará a conocer a mis aseguradoras, pagadores, u otras con fines de facturación.

D. Confidencialidad: Entiendo que bajo el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de salud normales, como las evaluaciones de calidad y la certificación médico.

Reconozco que he recibido la Notificación de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar con el servicio en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces son bonos para cumplir con tales restricciones.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / 2013