



Fecha de Servicio:	Paciente:	MRN (Número de Archivo Médico):
---------------------------	------------------	--

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Por favor firme sus iniciales en cada sección de consentimiento

_____ **Consentimiento para el Procedimiento:** El paciente/persona responsable abajo firmante accede al(los) procedimiento(s) de tomografía indicados arriba, ordenado(s) por mi médico.

_____ **Responsabilidad Financiera:** Al aceptar cualquier servicio o tratamiento médico, incluyendo más no limitado a el(los) procedimiento(s) mencionados arriba, el paciente/persona responsable abajo firmante accede a pagar todos los cargos por dicho servicio o tratamiento. Presentamos reclamos a su seguro como una cortesía. Todos los copagos, deducibles, coseguros, saldos previos, y cuotas por servicios no cubiertos deben pagarse a hora de su visita. Le proporcionaremos un estado de cuenta, a petición, para cobrarle a su seguro secundario o terciario, ya que su cuenta esté pagada en su totalidad. Les cobraremos a los seguros secundarios, cuando sea necesario, si lo requiere un contrato específico. Si usted es beneficiario de Medicare, le cobraremos su cuenta a Medicare como se requiere para participar en el programa de Medicare. Le proporcionaremos el mejor cuidado posible. Los servicios que le proporcionamos pueden o no ser cubiertos por su seguro, debido a rutinario, no cubierto, o "considerado médicamente innecesario" por su compañía de seguro. En caso de que un pagador de tercera parte no cubra el pago por sus servicios, usted será responsable. Haremos todo lo posible por avisarle si sospechamos que su compañía de seguro no vaya a cubrir sus servicios. Usted es responsable por conocer los beneficios/cobertura de su seguro.

_____ **Divulgación de Información:** Estoy de acuerdo que hasta donde sea necesario con fin de determinar la responsabilidad por un pago y para conseguir reintegro, el proveedor puede divulgar porciones de mi expediente médico a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable por la totalidad o cualquier porción de los cargos del proveedor, incluyendo mas no limitado a compañías de seguro, planes de cuidado de salud o aseguradoras de compensación de trabajadores. Entiendo que la información médica puede ser divulgada a organizaciones de revisión, y de ser necesario, a cualquier agencia que pueda estar involucrada en la continuación de cuidado al paciente. Reconozco y estoy de acuerdo que esta autorización y consentimiento continuarán hasta que el proveedor reciba notificación por escrito de parte del paciente o del representante legal del mismo, de la revocación de dicho consentimiento.

_____ **Reconocimiento de la Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP):** Se les proporciona un Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) a todos los pacientes. Este NPP identifica: 1) Cómo se puede usar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, enmendar su información médica, pedir un reporte de las divulgaciones de su información médica, y pedir restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de dicha información; 3) Sus derechos de quejarse si cree que sus derechos de privacidad han sido violados; y 4) Nuestras responsabilidades para la preservación de su privacidad como su representante médico.

*** Se me ofrecerá una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la instalación para leerla, a la hora de mi cita.**

_____ **Consentimiento al Contacto:** Al proporcionar un número de teléfono, específicamente consiento y autorizo a la instalación, a cualquier médico o proveedor clínico, así como a cualquiera de sus entidades relacionadas, agentes, o contratistas, incluyendo, mas no limitados a programadores de cita, agentes de mercadeo, anunciantes, colectores de deudas, y otro personal contratado (conjuntamente denominados aquí como "Proveedor") que se comuniquen conmigo por medio del uso de cualquier equipo para marcar (incluyendo marcador, sistema telefónico de marcado automático, y/o sistema interactivo de reconocimiento de voz) y/o voz o mensaje artificial o pregrabado. Específicamente accedo a que dichas llamadas automatizadas se puedan hacer a cualquier número (incluyendo números asignados a cualquier celular u otro servicio que pueda ocasionar un cargo por la llamada) que yo use o que esté asociado conmigo y obtenido por cualquier fuente, incluyendo mas no limitado a cualquier número que yo proporcione hoy, haya proporcionado anteriormente, o puede proporcionar en el futuro en conexión con bienes y servicios médicos y/o mi cuenta. Al proporcionar un número de teléfono, específicamente consiento a recibir mensajes de texto del Proveedor a cualquier número de teléfono (incluyendo números asignados a cualquier celular u otro servicio que pueda ocasionar un cargo por la llamada) que yo use o que esté asociado conmigo y obtenido por cualquier fuente, incluyendo mas no limitado a cualquier número que yo proporcione hoy, haya proporcionado anteriormente, o puede proporcionar en el futuro en conexión con mi cuenta. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente renuncio cualquier reclamo que pueda tener por la ejecución de dichas llamadas, incluyendo cualquier reclamo bajo la ley federal o estatal y específicamente cualquier reclamo bajo el Acta de Protección al Consumidor Telefónico, 47 U.S.C. § 227. Al proporcionar un número de teléfono, represento que soy el suscriptor o dueño o tengo la autoridad de usar y proporcionar permiso de llamar a ese número.

Al proporcionar mi correo electrónico ahora o en cualquier momento en el futuro en conexión con los bienes y servicios médicos proporcionados, y/o con mi cuenta, expresamente accedo a recibir comunicaciones por correo electrónico de parte de Proveedor por o relacionados a los bienes o servicios médicos proporcionados, mi cuenta, y otros servicios, tales como financieros, clínicos, e información educativa, incluyendo noticias del intercambio, cambios a las leyes que rigen el cuidado de la salud, cobertura para el cuidado de la salud, seguimiento de cuidado, y otras oportunidades, bienes y servicios para la salud. Al proporcionar este permiso expreso, específicamente renuncio cualquier reclamo que pueda tener por el envío de dichos correo electrónicos, incluyendo cualquier reclamo bajo la ley federal o estatal, y específicamente cualquier reclamo bajo el Acta de CAN-SPAM, 15 U.S.C. § 7701, et seq. Al proporcionar un correo electrónico, represento que soy el suscriptor o dueño, o que tengo la autoridad de usar y dar permiso para contactar el correo electrónico.

Entiendo que el proporcionar un número de teléfono y/o dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos. También entiendo que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento de contacto comunicándome directamente con el Proveedor o utilizando el método de optar por la exclusión que será identificado en la comunicación aplicable.

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma: _____ Fecha _____

Firma del Padre o Guardián Legal: _____