



- Burlingame* *San Francisco (Francisco St)* *San Rafael* *Menlo Atherton* *San Francisco (325 Sacramento St)*
- Daly City* *Beverly Hills*

**AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE SALUD
PACIENTE CONSENTIMIENTO FORMULARIO**

Entiendo que bajo el Acto Seguro de Salud Portabilidad & Responsabilidad de 1996(“HIPAA”), yo tengo ciertos derechos de privacidad en respecto de mi protegido información de salud. Entiendo que esta información puede ser y será usada para:

- Llevar a cabo el plan, y dirigir mi tratamiento a múltiples proveedores de salud que puedan estar directamente o indirectamente involucrados
- Obtener pago de seguro a terceros
- Llevar a cabo el funcionamiento de asistencia de salud

Yo he sido informado por Health Diagnostics o he recibido y he leído y entiendo su *Aviso sobre Practicas de Privacidad* que contiene en completo una descripción de los usos y divulgación de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Aviso sobre Practicas de Privacidad* de vez en cuando y yo puedo contactar esta organización cuando sea a la dirección de arriba para obtener una copia más reciente del *Aviso sobre Practicas de Privacidad*.

Entiendo que puedo pedir por escrito tener restricciones en como mi información puede ser usada, o divulgada para tratamiento, y pago de asistencia de salud. También entiendo que ustedes no están obligados aceptar mis restricciones que he pedido, pero si ustedes las aceptan entonces están obligados a cumplirlas.

Consentimiento para los Servicios Diagnósticos:

Yo he sido informado de las razones de estos servicios. Comprendo y autorizo a Health Diagnostics para proceder con este servicio.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
No. de Teléfono: (_____) _____	No. de Teléfono Celular: (_____) _____		

Empleador: _____ Ocupación : _____

Dirección de Trabajo: _____ No. de Teléfono:(_____) _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal

En caso de emergencia a quien notificamos: _____ No. de Teléfono: (_____) _____

Nombre de seguro primario _____ Fecha de nacimiento del Suscriptor _____

Nombre del Suscriptor _____ Relacion del suscriptor _____

Yo autorizo a Health Diagnostics de obtener información médica la cual sea pertinente a mi o la de (si no es usted, indique el nombre del paciente y su relación) _____, para la interpretación, evaluación, y funcionamiento de los servicios ofrecidos por Health Diagnostics.

Asignación de Reclamo:

Yo autorizo Health Diagnostics de proveer a mi compañía de seguro toda la información, lo cual mi compañía de seguro puede pedir lo que sea pertinente con mi condición médica. Yo asigno a Health Diagnostics todos los pagos médicos, a los cual tengo derecho y están relacionados con este servicio. Entiendo que estoy responsable en pagar los cargos que mi seguro no cubra.

Acuerdo Financiero:

Yo comprendo que mi cargo de este servicio que mi seguro no cubra (incluyendo deducible, copago y coseguro) es \$_____, y me comprometo pagar al momento del servicio. Yo comprendo que el total indicado anteriormente es sólo una estimación de la cantidad adeudada a Health Diagnostics por servicios y sólo refleja la información que está disponible en el momento de mi firma de este documento. En el caso que mi pago en un pago excesivo, Health Diagnostics consolidara la cantidad del pago excesivo. **Si la cantidad adeudada es mayor que la cantidad mencionada anteriormente, entiendo que puedo recibir una factura por el monto adicional y me comprometo a pagar dicha cantidad.**

Yo, el abajo firmante, de acuerdo, si la firma como agente o como paciente, para ser financieramente responsable de Health Diagnostics para los cargos no pagados por mi seguro. Cualquier porción de los cargos no pagados por mi seguro dentro de 45 días de la presentación de la reclamación, independiente de la razón de la demora, se cobrará a mí y será entonces por un plazo de 30 días del recibo. **Entiendo que Health Diagnostics verificará mi cobertura de seguro; pero eso no garantiza pago de mi seguro y yo seré responsable por todos los cargos que mi seguro no cubra. Entiendo que es mi responsabilidad de saber los límites de mi cobertura de seguro.**

También, comprendo que hay un honorario de cheque de regreso de \$25 si mi cheque es vuelto para cualquier razón y un cargo hasta el 10% del balance se me puede cobrar por pagos atrasados. Además, comprendo que seré responsable de honorarios razonables de abogado, costos de tribunal, y los gastos de agencia de colección contrajeron para reunir la cantidad debida.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre de representante

Fecha

Pacientes de Daly City estudios part PET/CT

Health Diagnostics participa con National Oncologic Pet Registry, require su autorizacion si usted quire participar. El National Oncologic Pet Registry fue convertido en respuesta de Centers for Medicare and Medicaid Services oferta para ampliar la cobertura para Positron Emission Tomography cor F-18 fluorodeoxyglucose (PET) para incluir cancers y indicaciones que no estan elegible pare reembolso de Medicare.

Si quiero participar con NOPR _____
Firma fecha

No quiero participar con NOPR _____
Firma fecha