

Paciente Acuses de Recibo, Autorización y Comunicados

Paciente: _____ <PIISF empleados solamente>

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguridad social #: _____

Asignación de Beneficios

Yo, <nombre completo> _____ asigno los beneficios de mi cobertura de seguro médico _____, de póliza # «ClaimMemberID», a PET Imaging Institute of South Florida, que beneficios son aplicables a los cambios posteriores al tratamiento médico extendida para mí el _____.

Initial del
Paciente:

Esta asignación de beneficios también concede a PET Imaging Institute of South Florida el derecho a perseguir cualquier apela _____, necesarios para garantizar los beneficios de la póliza completa.

Política de Pago

Al programar su examen le explicamos que haremos todo lo posible para recoger la cuota para la visita de hoy de su compañía de seguros. Basado en la conversación que tuvo con su compañía de seguros en su nombre, creemos que la prueba está cubierta como se describe a continuación. Sin embargo, no todas las compañías de seguros reembolsan actualmente para procedimientos todos tomografía por emisión de positrones o tomografía computarizada incluso cuando han sido debidamente autorizadas.

Initial del
Paciente:

Por lo tanto, a menos que un plan de pago alternativos específicos acordado y documentado por escrito entre nosotros antes de que el procedimiento; pago en su totalidad para su estudio en última instancia, es su responsabilidad. Si su compañía de seguro no paga cualquier parte (o todos) de la suma adeudada a nosotros dentro de 90 días desde la fecha de su examen, factura directamente para el saldo pendiente. Al firmar este formulario, usted acepta que pagará el saldo restante en su totalidad tras la recepción de nuestro proyecto de ley.

He leído la política de pago anterior y comprender que después de 90 días, yo soy responsable de cualquier cantidad pendiente y no remunerada. Porque PET Imaging Institute of South Florida me está haciendo la cortesía de facturación de mi compañía de seguros directamente, al firmar a continuación más acepto permitir todas las prestaciones a pagar por servicios de hoy a pagar directamente a PET Imaging Institute of South Florida. Autorizo a PIISF para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos seguros

Versión de Autorización de Información

Por favor comprenda que las empresas de seguros con frecuencia solicitan información con respecto a sus registros médicos para procesar su reclamación de seguros. Al firmar este formulario usted autoriza PET Imaging Institute of South Florida para liberar esa información. Yo permito copia de esta autorización para utilizarse en lugar del original y solicitud de pago se hizo para el proveedor de atención médica.

Initial del
Paciente:

Derechos de Los Pacientes y Verificación de Responsabilidades de Recepción y Reconocimiento

He recibido y he leído los derechos de los pacientes y las responsabilidades del documento y comprenden su contenido.

Initial del
Paciente:

Declaración de Verificación de Embarazo

Yo he sido entrevistada por un miembro de la PET Imaging Institute of South Florida profesional personal del Instituto. Fui interrogada a respecto de la posibilidad de estar embarazada. Ha sido más de 10 días desde el comienzo de mi ciclo menstrual.

Initial del
Paciente:

Entiendo que me ha pedido para comprobar que no hay ninguna posibilidad de que podría estar embarazada; y que me han preguntado esto como un asunto de la adecuada atención a los pacientes. Se ha explicado a mí que este examen implica teniendo una pequeña cantidad de marcador radiactivo y que este material no es rutinariamente a las personas potencialmente embarazadas o embarazadas.

Certifico que no estoy embarazada.

Autorización para La Liberación de Registros Médicos

De: PET Imaging Institute of South Florida

Para: _____

Dirección: _____

Autorizo a que proporcionen PET Imaging Institute of South Florida y todos los registros médicos y otros documentos en su posesión de mi atención y tratamiento.

Entiendo que estos registros pueden contener información de otros proveedores de atención médica, así como la información, que es de naturaleza administrativa. Específicamente consiento la publicación de cualquier información contenida en el historial médico a que podrá referirse a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), SIDA, o registros relacionados.

Autorizo a transmitir esta información por telefax (**registros médicos**). Autorizo a divulgar la información personalmente (**imagenes**) a un representante autorizado de PET Imaging Institute of South Florida, se considera necesario.

Le libera de cualquier responsabilidad de la recámara de confidencialidad, malversación o transmisión o fracaso para recibir la transmisión si mis registros son transmitidos por fax.

Esta versión es válida hasta revocado mediante notificación escrita a PET Imaging Institute of South Florida. Renuncia a cualquier privilegio que yo tenga a dicha información. He leído y comprender esta autorización para la liberación de registros médicos. Todas las declaraciones en blanco que requieren finalización se rellenan antes he firmado esta autorización para la liberación de registros médicos.

Firma del paciente o Guardian

Fecha

Autorización para La Liberación de Registros Médicos de Imágenes PET a Otras Personas

Nombre del paciente: _____

Número de paciente: _____

SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono que se le puede contactar en: _____

Yo solicito y autorizo:

PET Imaging Institute of South Florida
1150 North 35th Avenue, Suite 665
Hollywood, FL 33021

Telefono: 954-981-6668
Fax 954-981-5944

PET Imaging Institute of South Florida
603 N. Flamingo Road, Suite 155
Pembroke Pines, FL 33028

Telefono: 954-981-6668
Fax 954-981-5944

Para información sobre la salud en el paciente anterior con el fin de:

- Continuación de la atención médica y tratamiento
- Otro: _____

A la siguiente parte:

Nombre _____ Telefono () _____ - _____
Direccion _____ Fax () _____ - _____
Ciudad / Estado _____ Código postal _____

Información para:

Registros médicos actuales

Esta autorización caducará

el [fecha] ____ / ____ / ____ o _____ [evento] y a más tardar 90 días después de la fecha en que se firmó. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por el paciente por escrito, proporcionando la información ya no ha sido revelada. PET Imaging Institute of South Florida no condicionará el tratamiento o la prestación de asistencia en la realización de esta autorización. Esta información no debe ser divulgada por el destinatario sin autorización adicional o consentimiento del paciente, a menos que la ley exige.

Firma del paciente o Guardian

Fecha

Certificación de identidad

Yo, **PATIENT, DUMMY**, atestiguan que estoy buscando atención en mi propio nombre y no estoy buscando fraudulentamente servicios reembolsados por Medicare. También deseo reafirmar mi identidad basada en la identificación producida.

Firma del paciente o Guardian

Fecha