

# TULSA DIAGNOSTIC IMAGING

6046 S SHERIDAN RD

TULSA, OK 74145

PHONE: 918.499.1674

FAX: 918.499.1675

---

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir Tulsa Diagnostic Imaging para su MRI. Estamos comprometidos a brindar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera y asignación de beneficios, que le solicitamos que lea y acepte antes de cualquier servicio.

- Para casos de lesiones personales, facturaremos el reclamo de seguro por usted. Después de hacerlo, archivamos un certificado medico gravamen contra todos los reclamos correspondientes a esta fecha de pérdida, usted y cualquier representación legal. Esto protege Tulsa Diagnostic Imaging al momento de la liquidación de su reclamo. Puede solicitar una copia en cualquier momento.
- Si está representado por un abogado o bufete de abogados fuera del estado, necesitamos que se presente una carta de protección (LOP) antes de que se presten los servicios.
- Intentaremos confirmar la información de su reclamo de seguro antes de los servicios. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.
- Si su compañía de seguros requiere documentación adicional de usted, es su responsabilidad proporcionarles la información solicitada. Si no lo hace, su reclamo puede ser denegado o cerrado sin pago.
- Si sus lesiones son a.) relacionadas con el trabajo, b.) su accidente ocurrió mientras estaba en el reloj, o c.) estaba en un vehículo de trabajo, y oculta o no revela ese hecho, el monto total de la la factura se convertirá en su responsabilidad y estará sujeta a los esfuerzos de cobro.
- Tulsa Diagnostic Imaging cobran \$1900.00 por cada parte del cuerpo escaneada, más tarifas aplicables.
- No estamos en la red con ninguna compañía de seguros de salud y no les enviaremos reclamos. Los pagos realizados al saldo de su cuenta NO se aplicarán a ningún deducible de seguro médico.
- Todos los cargos son, en última instancia, su responsabilidad. En caso de que se rechace su reclamo, se cierre sin pago o su cuenta no se pague con los ingresos del acuerdo, usted será responsable del saldo.
- **Si su saldo permanece impago durante más de 90 días, se establecerá un acuerdo de pago. Esto le permitirá pagar el monto adeudado hasta que se liquide su reclamo de seguro.**
- Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de \$50.00.

Autorizo a Tulsa Diagnostic Imaging a consultar sobre el estado de cualquier reclamo por lesiones personales por el cual estoy recibiendo tratamiento o con respecto a la información de la póliza o reclamo que pueda estar relacionada con el pago del tratamiento. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Tulsa Diagnostic Imaging, incluidos los acuerdos de responsabilidad de primera o tercera parte, MedPay, reclamos de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Si se requiere mi respaldo en un cheque de pago, acéptelo como una autorización para respaldar por parte de Tulsa Diagnostic Imaging.

Además, entiendo y acepto que si mi cuenta se asigna a cobros o a una agencia de cobros para recuperar el monto adeudado en la cuenta, Tulsa Diagnostic Imaging tendrá derecho a cobrar una tarifa de cobro que comprende el 25% del saldo principal adeudado en la cuenta en el momento de la remisión para el cobro, y Tulsa Diagnostic Imaging y cualquiera de sus cesionarios tendrán además derecho a recuperar los honorarios razonables de abogados, costos de cobro y honorarios de agencia incurridos en el cobro de la cuenta.

He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros niega la cobertura y/o el pago de los servicios que me brindó, asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos esos cargos en su totalidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# EXAMEN DE SEGURIDAD E INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

**CIRCULE SUS RESPUESTAS a continuación para garantizar su seguridad durante su resonancia magnética:**

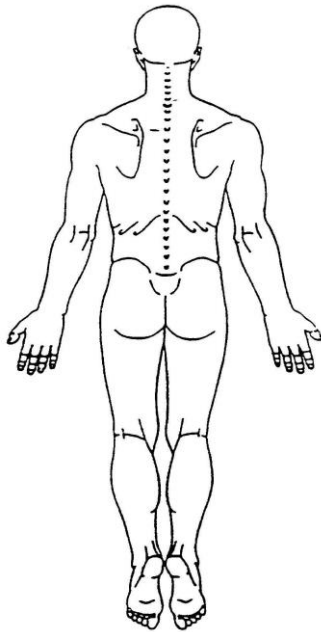
1. Sí No ¿Ha tenido alguna cirugía previa en la parte del cuerpo que estamos escaneando hoy?  
En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_
2. Sí No ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:  
de ojos de oídos de corazón de cerebro
3. Sí No ¿Alguna vez se ha hecho una MRI? En caso afirmativo, qué parte del cuerpo: \_\_\_\_\_
4. Sí No ¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? En caso afirmativo, de qué tipo: \_\_\_\_\_
5. Sí No ¿Ha tenido algún tipo de procedimiento, cirugía, endoscopia o colonoscopia en las últimas 8 semanas?  
En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_
6. Sí No ¿Tiene implantado **ALGÚN** dispositivo metálico, electrónico o médico?  
- Bomba de insulina o analgésico - Clips para aneurisma cerebral o derivación de CSF  
- Implante de oído o audífono - Aparatos ortopédicos, dentadura postiza o implantes dentales  
- Estimulador de huesos o nervios - Marcapasos, desfibrilador o stents  
En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_
7. Sí No ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?
8. Sí No ¿Tiene algún tipo de piercings en el cuerpo, tatuajes faciales o maquillaje permanente?
9. Sí No ¿Alguna vez ha trabajado con metal, como trabajos de taller mecánico, rectificado o limado de metal?
10. Sí No ¿Alguna vez ha tenido metal en los ojos o el cuerpo?  
En caso afirmativo, ¿fue removido por un médico? Sí No  
Que tipo de metal: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

**Si no removido** por un médico, por favor lea y firme lo siguiente:

Se me ha informado que podría surgir una complicación si me hicieran una resonancia magnética con metal en mi(s) ojo(s) o cuerpo. Entiendo que esta resonancia magnética podría hacer que se mueva o se caliente y es mi responsabilidad notificar al técnico si esto ocurre. Asumo la responsabilidad exclusiva de proceder con mi MRI.

Firma: \_\_\_\_\_

Por favor circule las áreas de dolor:



¿Cuántas personas en su auto?

¿Cuántos autos en el accidente?

¿Era usted el: Conductor Pasajero Peatón Ciclista

Describa cómo ocurrió el accidente o la lesión:

Por favor, describa sus síntomas hoy:

¿Qué tipo de vehículo *causó* el accidente?

Automóvil Semi / Autobús Motocicleta Bicicleta ATV

¿En qué tipo de vehículo estaba usted?

Automóvil Semi / Autobús Motocicleta Bicicleta ATV

**Certifico que he respondido estas preguntas con la verdad y lo mejor que pude por mi propia seguridad o la de mi hijo menor.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# TULSA DIAGNOSTIC IMAGING

6046 S SHERIDAN RD, TULSA, OK 74145

PHONE: 918.499.1674 FAX: 918.499.1675

## AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE OKLAHOMA PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Tulsa Diagnostic Imaging a divulgar la siguiente información:

Registro médico completo

Imágenes

Información médica recopilada entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

**Personas/Organizaciones autorizadas para recibir mi información y motivo (un círculo):**

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ para fines legales.

Nombre: \_\_\_\_\_ Atención médica continua Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Atención médica continua Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Atención médica continua Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Atención médica continua Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorización:**

- Autorizo el uso o divulgación de mi PHI como se describe anteriormente para los fines enumerados.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información y puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para hacerlo, debo proporcionar la revocación por escrito a la persona/organización que divulga la información y que no afectará la información que ya ha sido utilizada o divulgada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y/o no transmisible que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH, SIDA y/o puede indicar que tengo o tengo sido tratado por condiciones psicológicas o psiquiátricas o condiciones de abuso de sustancias.
- Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la persona/organización que divulga mi PHI.
- Entiendo que no puedo restringir la información que ya se haya compartido en base a esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por el Reglamento de privacidad.

**A menos que se revoque o se indique lo contrario, la fecha de vencimiento automático de esta autorización será de un año a partir de la fecha de la firm.** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_