



# Reconocimiento de nuestro aviso de practicas de privacidad.

Por este medio reconozco que he recibido o me an dado la oportunidad de recibir una copia de el aviso de prácticas de Sun Radiology. Al firmar a bajo nomas estoy dando reconocimiento que recibí o tube la oportunidad de recibir el aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Nombre y apellido escritos

Firma del paciente

## Polísa Financiera

Gracias por elegir Sun Radiology. Estamos comprometidos a proporcionar a nuestros pacientes servicios de radiología de la más alta calidad. Esta pólisa financiera es una parte importante de su atención médica. Debido a las crecientes demandas de las compañías de seguros, le pedimos que lea y acepte lo siguiente:

Hacemos todo lo posible para aceptar una amplia gama de planes de seguridad. Para convencer al paciente, prestamos su(s) reclamo(s) de radiología con los planes de asuguranza, con los que tenemos un acuerdo, siempre y cuando se nos proporcione información válida del seguro. Sin embargo, todas las aseguranzas tienen diferentes beneficios y no podemos ponernos de acuerdo en los detalles de cada póliza individual. Es responsabilidad del paciente conocer su póliza individual y verificar todos los beneficios y la información de cobertura antes de recibir cualquier servicio. Además, el paciente es responsable de notificarnos cualquier cambio en su plan de seguro antes de su visita. Si está trabajando con un abogado sobre un caso personal de lesiones, por favor, se le notificará que se le solicitará que firme el papel del gravamen y se llenará con la oficina de Secretarios del Condado. Si presenta una reclamación de compensación del trabajador, debe proporcionar esta información a Sun Radiology antes de que se pueda dar cualquier servicio, no hacerlo resultará en que reciba una factura por los servicios.

**Copago y deducibles:** Las pólizas cada aseguranza, son un acuerdo entre el paciente y su compañía de seguros. El contrato con compañías de aseguranza de salud requiere que cobremos copagos y deducibles. El paciente debe pagar esto antes de los servicios proporcionados.

**Cobros adicionales:** Si el paciente no tiene aseguranza médica, o si Sun Radiology no e un proveedor contratado con su compania de aseguranza, todos los cargos se tienen que pagar al momento del servicio. Se aplicará un cargo de \$35.00 por todos los cheques devueltos. Habrá un cobro de procesamiento de la tarjeta de credito de 3%, si usted paga con tarjeta de crédito en el momento de los servicios. Este cobro esta asociada con la conveniencia de utilizar su tarjeta de credito y nos ha generado un gasto adicional para que aceptemos est forma de pago, tenemos que cobrarle a used. Además, una cita perdida para PET, CT, MRI y prueba de Esfuerzo Nuclear tendra un costo de \$250.00. Esta tarifa esta asociada con el costo por adelantado que tenemos nostotros para pre-ordenar su dosis, para que podamos realizar su examen. Para otras pruebas de radologia, al cual el paciente no cancele dentro de las 24 horas, se le cobrara una tarfia de \$50.00 por no presentarse. Independientemente del la aseguranza que tenga, se agregara a su cuenta si no nos notifica con 24 horas de anticipacion para cancelar o reprogramar su cita.

**Pago a tiempo:** Si por alguna razón el paciente tiene u nsaldo en su cuenta, le enviaremos un cobro por correo. El paciente debe pagar, al recibir el primer cobro de nuestra oficina. Si el pago no se paga en su totalidad, Sun Radiology, se reserva el derecho de enviar la cuenta del paciente a collecciones y se agregará una tarifa adicional del 35%. Tenga en cuenta que cualquier saldo pendiente de u cuenta puede prohibir, que programar citas futuras.

**Plan de Pagos:** Si por algun a razón usted requiere un plan de pago, requerimos 1/3 de su saldo estimado o \$300, el saldo más alto que se pagará por adelantado y luego sus pagos mensuales se cargarán automáticamente de su tarjeta de débito/crédito de su elección, en la fecha en que nos diga pra procesar su pago. Si no cumple con su plan de pago, todo el saldo vencerá y se espera que se pague en un plazo de 10 días. La informacion de su tarjeta se guardara en nuestro sistema de tarjeta d e credito garantizada que no se puede duplicar ni utilizar de manera fradulenta. Sun Radiology se adhiere a todas las regulacioneds federales de cumplimiente como parte de nuestro acuerdo comercial con el banco.

Su cooperación con este acuerdo nos ayudará a contribuira reducir en general el costo de la atención médica en nuestra comunidad.

He leído y entiendo la pólisa financiera de Sun Radiology. Autorizo a Sun Radiology a obtener y/o dar la información médica necesaria para presentar reclamaciones de la asuguaranza en mi nombre. Asigno todos los beneficios a los cual tiene derecho a que mis servicios que se me proporcionen se paguen directamente a Sun Radiology. Si el pago se realiza directamente al asegurado, acepto pagar de inmediato estos fondos a Sun Radiology.

Nombre y apellido escritos

Firma del paciente

Fecha



"The Leader in Quality Medical Imaging"

Teléfono: (623) 815-8200 Fax: (623) 815-8299

### Divulgación de Información Médica

\* Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente), por la presente autorizo a Sun Radiology a enviar o discutir los resultados de mis pruebas y otra información relacionada con la salud en mi nombre con los siguientes individuos:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

\* Autorizo a Sun Radiology a dejar mensajes detallados sobre visitas médicas, laboratorio e imágenes. resultados y otra información relacionada con la salud.

Mensaje de voz: S / N En caso afirmativo, número de teléfono: \_\_\_\_\_

Mensaje de texto: S / N En caso afirmativo, número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico : S / N En caso afirmativo, dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Si hay actualizaciones o cambios en esta información, es responsabilidad del paciente notificar Radiología solar con nueva información.

### Reconocimiento de nuestro aviso de prácticas privadas:

Por la presente reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia. de Radiología Solar, P.C. Aviso de prácticas de privacidad. Al firmar a continuación, "solo" estoy dando reconocimiento de que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de nuestra Prácticas de privacidad. Reconozco que he recibido y leído el Aviso de información médica. Prácticas. Entiendo que mi proveedor de atención médica participa en Health Current, Arizona intercambio de información sanitaria (HIE). Entiendo que mi información médica puede estar segura compartida a través del HIE a menos que complete y devuelva un Formulario de exclusión voluntaria a mi proveedor de atención médica.

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

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



"The Leader in Quality Medical Imaging"

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estatal: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  Hogar  Trabajo  Celda

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE (Si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estatal: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGUROS

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

SSN del suscriptor: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

SSN del suscriptor: \_\_\_\_\_

### LESIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJO (Solo aplicable si la lesión está relacionada con un accidente de trabajo o automovilístico)

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estatal: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha del perjuicio: \_\_\_\_\_ Número de reclamación: \_\_\_\_\_

Empleador en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS (Por favor lea y firme)

Doy fe de que la información que he dado aquí es correcta y fiel a mi mejor conocimiento, por la presente asigno beneficios a pagar directamente al médico, y lo autorizo a terminar la información sobre mi enfermedad a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no pagada por mi seguro. Autorizo a la clínica a obtener el historial de medicamentos electrónicamente de cualquier administrador de beneficios.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_