

Condiciones de Registro y Acuerdo Financiero

Para Inview Imaging y Proveedores de Imagenología Afiliados

Por favor, lea este documento detenidamente.

- Tratamiento Médico y Consentimiento:** Yo, el paciente o representante legal, doy mi consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse durante esta visita. Estos pueden incluir, entre otros, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, procedimientos médicos o servicios proporcionados bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión de mi médico, y que es su responsabilidad obtener mi consentimiento informado cuando se requiera para tratamientos médicos o quirúrgicos específicos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales. Reconozco que no se me ha garantizado ningún resultado del examen o tratamiento.
- Docencia/Imágenes:** Consiento la toma de fotografías, grabaciones en video, imágenes digitales u otros tipos de imágenes, así como la vigilancia por cámara, para fines de diagnóstico, tratamiento u operaciones, incluidos programas de revisión médica, educación o capacitación. Mi consentimiento será solicitado para fotografías no relacionadas con el tratamiento, como las utilizadas con fines publicitarios o externos. Bajo la supervisión del tecnólogo principal o radiólogo, pueden participar en mi atención internos, estudiantes de medicina y otro personal en formación como parte de su programa médico. ☐ Sí ☐ No
- Divulgación de Información:** He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA), el cual describe cuándo Inview Imaging y sus afiliados pueden usar o divulgar mi información para tratamiento, pago u operaciones relacionadas con el cuidado de la salud. Este aviso se incorpora a estas Condiciones de Registro y Acuerdo Financiero por esta referencia. Este aviso solo se proporciona la primera vez que recibo servicios de Inview Imaging y sus afiliados, y estará disponible a solicitud en visitas posteriores.
- Objetos de Valor Personales:** Como paciente, se me recomienda dejar todos los objetos personales de valor en casa. Aunque Inview Imaging y sus afiliados proporcionan casilleros para objetos personales de valor, la empresa y su personal no se hacen responsables por la seguridad de estos artículos.
- Acuerdo Financiero:** Acepto la responsabilidad financiera por todos los servicios que reciba, independientemente del resultado de cualquier reclamación de seguro. Esto incluye la responsabilidad financiera por todos los deducibles y copagos determinados por mi plan de seguro. Como cortesía, Inview Imaging y sus afiliados obtendrán una ESTIMACIÓN de la cobertura y los costos de bolsillo, pero no serán responsables por la información recibida. Dicha información no constituye una garantía de pago ni de elegibilidad. El saldo final puede variar una vez que el seguro procese la reclamación. Además, entiendo que la determinación final del estado de mi reclamación es responsabilidad exclusiva de mi compañía de seguros. Acepto pagar puntualmente todas las facturas conforme a las tarifas y condiciones regulares de Inview Imaging y sus afiliados, así como a las leyes federales y estatales. En caso de que la cuenta sea referida a un abogado o agencia de cobranza, también acepto pagar los honorarios legales y los gastos de cobranza reales. Todas las cuentas morosas están sujetas a intereses conforme a la tasa legal.
- Asignación de Beneficios del Seguro:** Por la presente autorizo e instruyo a mi(s) aseguradora(s), incluyendo Medicare, seguros privados, seguros de automóvil o cualquier otro plan de salud/médico, a realizar el pago directamente a Inview Imaging y sus afiliados por los servicios prestados a mí y/o a mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargo no cubierto conforme a esta cesión.
- Asignación de Beneficios de Medicare:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre por los servicios prestados por Inview Imaging y sus afiliados. Certifico que la información que he proporcionado a Inview Imaging y sus afiliados para ayudar en la solicitud de pago bajo Medicare es correcta.
- Aviso sobre Deudas Médicas** El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, según la Sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona infringe deliberadamente dicha sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito, la deuda será considerada nula y no exigible.
- Autorizo a Inview Imaging** a enviarle correos electrónicos al paciente atendido con información sobre futuras citas, facturación y novedades de nuestros servicios.
- Acepto la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepto los términos de las Condiciones de Registro, el Acuerdo Financiero y la asignación de Beneficios del Seguro.**

Nombre del Paciente

Paciente / Garante / Persona Responsable

Firma

Si firma alguien distinto al paciente, indique la relación: _____