



CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS

El firmante da su consentimiento a los procedimientos de imágenes y/o los exámenes que pida el doctor del paciente. El firmante reconoce que estos servicios han sido explicados de manera adecuada y que se ha respondido todas las preguntas.

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por la mediante, yo asigno que los pagos de los beneficios de seguro a los que yo gozo se hagan directamente a Valley Radiology Consultants Medical Group, Inc. Cierta información que se requiera puede ser proporcionada al representante del seguro.

AVISO A LOS PACIENTES DE MANAGED CARE

Los seguros de Managed Care generalmente requieren que un representante, muy a menudo un medico de cuidado primario, autorize los procedimientos de diagnóstico antes de que el plan acepte cualquier tipo de responsabilidad. Su firma más adelante indica que usted está de acuerdo a ser responsable por el pago si usted recibe servicios que no están autorizados a como se requiere de acuerdo a su plan.

PACIENTES DE MEDICARE

Autorización de Medicare (para la firma en el archivo): Yo autorizo que se proporcione cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Yo también pido el pago de beneficios de gobierno al grupo acepta la asignación (Valley Radiology Consultants Medical Group, Inc.).

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Si no es firmado por el paciente, favor indique:

Relacion:

- padre/guardian del paciente menor
 guardian/conservador del paciente incapacitado

Nombre del paciente: _____

SI QUISIERA UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO, FAVOR DE AVISARLAL PERSONAL.
