



Autorización del tratamiento

Nombre: _____ Fecha: _____

Seguridad Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del medico: _____ Fecha de la carta recordativa Appt: _____

Leído por favor y firme el acuerdo siguiente del tratamiento de modo que poder proceder con su cuidado y tratamiento.

PERMISO DEL TRATAMIENTO MÉDICO: Consiento por este medio a Medica Estoy parado-Para arriba MRI de Atlanta para realizar un MRI, según lo ordenado por un médico practicante licenciado.

AUTORIZACIÓN DE UTILIZAR RESULTADOS Y EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Autorizo por este medio el uso y el lanzamiento de cualquier información médica, incluyendo los estudios de diagnóstico de la proyección de imagen, necesarios para procesar demandas de seguro incluyendo la remuneración o cualquier información médica de los trabajadores que se requiera para cualquier actividad relacionada de la garantía de la revisión o de calidad de la utilización del cuidado médico. También autorizo el lanzamiento de cualquier información médica a mi médico, si está solicitado.

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LA AISLAMIENTO:

Reconozco por este medio que Medica Esta' parado-Para arriba MRI de Atlanta me ha proporcionado una copia de su aviso de la aislamiento.

AUTORIZACIÓN DE ENTRARME EN CONTACTO CON: Autorizo Medica Estoy parado-Para arriba MRI de Atlanta para entrarme en contacto con, por el teléfono o por correo para proporcionar un recordatorio de una cita, e información sobre cualquier nueva tecnología o nuevos servicios que la facilidad de Medica ofrecerá.

Sí ___ or No ___

ASIGNACIÓN DE VENTAJAS Y LAS DERECHAS DE LA RECUPERACIÓN:

Asigno y autorizo por este medio el pago a Medica Estoy parado-Para arriba MRI de Atlanta de todas las ventajas médicas, incluyendo las ventajas médicas importantes, a las cuales me dan derecho a inferior cualquier póliza o política de seguro, bajo cualquier programa del self-insurance, o bajo cualquier otro plan de ventaja.

Entiendo y reconozco que esta asignación de ventajas no me releva de mi responsabilidad financiera de todos los honorarios y cargas médicos incurridos en por mí o cualquier persona en mi favor y mí acepta por este medio tal responsabilidad, incluyendo, pero no limitado a, el pago de esos honorarios y las cargas reembolsadas no no directamente a Medica Esta'n parado-Para arriba MRI de Atlanta por la cualquier póliza de seguro, el programa del self-insurance o el otro plan de ventaja. Aconséjese que habrá un honorario de \$30 para cualquier cheque vuelto. Si su cuenta alcanzaron estado de la colección, habrá un igual agregado sobrecarga hasta el 30% del equilibrio sin pagar.

Seguirá habiendo esta autorización en efecto hasta revocado por mí en la escritura. Una fotocopia de esta autorización será tan eficaz y válida como la original. Entiendo que tengo la derecha de recibir una copia de esta autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE DE LA IMPRESIÓN

FIRMA DEL PACIENTE

Fecha