



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:** Por la presente autorizo al personal de MRIImages y los miembros de su personal médico para prestar al paciente cuyo nombre aparece en esta forma de atención que consideren necesarias y adecuadas.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo MRIImages para liberar mi diagnóstico e información médica a los terceros identificados para determinar los beneficios a pagar, también para liberar copias de otros informes médicos que adquirir de otras fuentes, con respecto a su lesión actual.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente autorizo el pago directo a MRIImages de cualquier seguro, lesiones personales u otros beneficios que correspondería pagar al paciente ni a mí. El que suscribe reconoce la responsabilidad de cualquier co-seguro, la suma deducible o no recibidas por MRIImages de cualquier fuente de terceros.

**GARANTIA DE PAGO:** Estoy de acuerdo en pagar a MRIImages y Afiliados para cualquiera de los servicios prestados. Reconozco que si MRIImages y Afiliados me permiten demorar el pago en previsión de los reembolsos de terceros, incluso los fondos obtenidos de un asentamiento, la paciencia es una cortesía solamente, y la diferencia podrá ser retirada en cualquier momento con previo aviso a mi. **Yo doy a MRIImages y Afiliados un poder para cobrar estas sumas en mi nombre.** Si MRIImages y Afiliados no me ofrecen una demora en el pago de cortesía a continuación, entonces tengo entendido que el pago por mi por los servicios prestados son pagaderos en pleno en el momento de servicio. Si la demora en el pago de cortesía es ofrecido a mi, pero posteriormente se retiro, tengo entendió que el pago por mi para todos los servicios prestados será debido a la demanda por MRIImages o Afiliados. Además reconozco mi responsabilidad por cualquier deducible de seguro de salud, coaseguro o otra cantidad no pagada por una compañía de seguros o cualquier otro tercero por cualquier razón, debe abonarse a la demanda por MRIImages o Afiliados. Entiendo que MRIImages y Afiliados podrán suspender mi tratamiento si no se realiza el pago puntual de las sumas adeudadas por mi cuando así lo soliciten. Reconozco que un cargo por pago tardío por ciento (.5%) al mes, puede ser cargado a saldos pendientes después de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento del pago. En el caso de que la cuenta se refiere a colecciones, me comprometo a pagar todas las colecciones y los honorarios de su abogado a fin de recoger cualquier saldo Moroso.

**GASTOS MÉDICOS:** Entiendo que, además de cualquier factura que reciba relacionados con MRIImages instalación, también puede recibir facturas en nombre de los médicos que participan en mi cuidado. Estos gastos médicos no están incluidos en el proyecto de ley de MRIImages.

**VALORES PERSONALES:** Los pacientes se les anima a dejar todo el dinero y objetos de valor en casa. MRIImages no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal puesto en inclusiva MRIImages de anteojos, dentaduras y joyas.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** He recibido una copia de MRIImages "Derechos y Responsabilidades del Paciente

**ACUSE DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Mis iniciales reconozco que estoy en la recepción de MRIImages Aviso de prácticas de privacidad. \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE: 1.) ENTIENDO EL CONTENIDO DE ESTA FORMA Y 2.) Toda la información dada a MRIImages, INCLUIDO DE INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO es exacta y correcta. Una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez COMO EL ORIGINAL.

\_\_\_\_\_  
**Firma (Sello) \*\***

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Persona Autorizada Firma**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente**

Razón paciente no puede firmar (marque uno): Menor  Estado

\*\* Firmado bajo el sello es una "especialidad", que requiere una causa de acción que se presente dentro de los doce años después de la causa de la acción.