



Toll Free 1-800-330-0772
Facsimile (435) 674-2588
info@shieldradiology.com

Informacion Del Paciente E Historial Medico

- Accidente Automovilistico, Lesion Grave, Otro, Malignidades, Cirugias, Anomalias Congenitas

INFORMACION PARA FACTURACION

- Abogado, Seguro, Paciente, Referencia Medica, Ver Documentacion Adjunta, Historial Medico Pasado

Nombre del paciente (por favor escriba legible)
Mujer, Hombre

Nombre del abogado o Compania de seguros

Direccion del paciente

Direccion del abogado o Direccion de seguros

Ciudad, Estado, Codigo postal

Ciudad, Estado, Codigo postal

Numero de Seguro social, Telefono de casa

Numero de poliza de seruro, Numero de reclamo de accidente

Fecha de nacimiento, Fecha del accidente

Nombre del ajustador, Telefono del ajustador

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Yo entiendo y acepto que losservicios de Shield Radiology Consultants "SRC", se estan utilizando para porporcionar una revision secundaria e interpretacion de mis radiografias u otro estudio avanzado de imagenes con el fin de determinar el alcance de cualquier dano, diagnosticar y / o determinar el mejor curso de tratamiento. Entiendo que hay una tarifa separada para este servicio y que todos los costos de los servicios pueden ser facturados por SRC. De acuerdo con la Ley de Medicare, esto es para informarle que este es un servicio no cubierto.

DIVULGACION DE INFORMACION: Por la presente autoizo al SRC a obtener o liberar a, mi medico, abogado y / o compania de seguros un informe completo de mi historial del caso, registros medicos, resultados de exámenes, diagnostico y pronostico en relacion con mi accidente, reciamo, tratamiento o enfermedad.

GRAVAMEN MEDICO: Por la presente, otorgo expresamente a SRC un gravamen sobre cualquier acuerdo, reclamo, juicio, veredicto y / o ingreso que surja de mi accidente o enfermedad. Ademas, instruyo, autorizo y ordeno expresamente a mi abogado y compania de seguros que paguen directamente a Shield Radiology Consultants, 560 S. Valley View Dr., Suite 5 – St. George, UT 84770 todas las sumas vencidas y adeudadas a SRC por los servicios prestados a mi o en mi nombre, y que retengan las sumas de cualquier acuerdo, reclamo, juicio, veredicto que sean necesarios para pagar el mismo. Entiendo que soy directamente responsable ante SRC por todas las fracturas quiropracticas o de radiologia presentadas por SRC por los servicios prestados a mi o en mi nombre, y que este acuerdo se realiza unicamente para la proteccion de SRC, y para asegurar el pago. Reconozco y acepto expresamente que los pagos por servicios a SRC no estan contingente a ninguna recuperacion, acuerdo, reclamo, juicio o veredicto que yo recupere. Entiendo y acepto que este acuerdo sera vinculante para cualquier abogado sustituto contratado por mi y que notificare de inmediato a SRC de cualquier cambio en el asesor / abogado o cambios en la direccion de mi hogar.

FIRMAS Y COPIAS: Por la presente autorizo a SRC como mi apoderado a firmar cualquier cheque bipartidal recibido por SRC en cualquier momento enque se realice el pago enforma de cheque bipartidal o cuando se requieran firmas dobles para el pago de servicios de una compania de seguros o un tercero pagador. Por la presente, garantizo y acepto que una fotocopia o fax de este documento sera tan valida y vinculante para todas las partes involucradas como el documento original.

Firma del paciente o Firma del tutor legal
Fecha

Siendo el abogado de registro o un representante autorizado para el paciente mencionado anteriormente reconoce este gravamen y acepta honrar el mismo para proteger adecuadamente Shield Radiology.
Firma del abogado o Representante autorizado

Medico Remitente u oficina