



PATIENT REGISTRATION FORM (REGISTRO DEL PACIENTE)

First Name (Nombre del Paciente) _____ **Last** (Apellido) _____

Middle (Inicial) _____ **SS #** (Seguro Social): _____ - _____ - _____ **DOB** (Fecha de Nacimiento) ____/____/____

Sex (Sexo) _____ **Phone #** (# Tel) _____ - _____ - _____ **Marital Status** (Estado Marital) _____

Address (Dirección) _____ **Apt #** (# Apt) _____

City (Ciudad) _____ **State** (Estado) _____ **Zip Code** (Código Postal) _____

Email (Correo Electrónico) _____

Emergency Contact (Contacto de Emergencia) _____

Relationship to patient (Relación con el paciente) _____ **Phone #** (# Tel) _____ - _____ - _____

Physician requesting exam (Nombre del Médico requiriendo exámen) _____

Other physician requesting exam (Nombre de otro Médico requiriendo exámen) _____

PRIMARY INSURANCE (SEGURO MÉDICO PRIMARIO)

Insurance Company Name (Nombre del Seguro Médico) _____

Member ID # (Número de Poliza) _____ **Group #** (Número de Grupo) _____

Name of Policyholder (Nombre del Asegurado) _____

Patient relationship to insured (Relación del paciente con el asegurado) _____

Policyholder's date of birth (Fecha de nacimiento del asegurado) ____/____/____

Social Security # (Seguro Social): _____ - _____ - _____

SECONDARY INSURANCE (SEGURO MÉDICO SECUNDARIO)

Insurance Company Name (Nombre del Seguro Médico) _____

Member ID # (Número de Poliza) _____ **Group #** (Número de Grupo) _____

Name of Policyholder (Nombre del Asegurado) _____

Patient relationship to insured (Relación del paciente con el asegurado) _____

Policyholder's date of birth (Fecha de nacimiento del asegurado) ____/____/____

Social Security # (Seguro Social): _____ - _____ - _____

Do You Have Medicare? (Tiene Medicare?) YES NO. If yes, please provide your Medicare id #

(Sí contesto que sí, por favor escriba su número de medicare): _____

HOSPICE (HOSPICIO)

Are you enrolled in Hospice? (Usted pertenece a un hospicio)? **YES** **NO**. **If yes, is the reason for your appointment related to the condition or diagnosis for which you are enrolled in Hospice**

(Sí contesto que sí, la razón de su cita hoy es relacionada con una condición o diagnóstico por el cual vive en un Hospicio?)

Name of Hospice? (Nombre del Hospicio)? _____

Hospice Phone Number (Teléfono del Hospicio): _____ - _____ - _____

All Medicare Hospice patients must provide your traditional Medicare ID? (Todo paciente que viva en un Hospicio debe proveer el número de Medicare): _____

PREGNANCY NOTICE (AVISO DE EMBARAZO)

There are unknown risks to an unborn fetus in any imaging study. If there is a chance that you may be pregnant, it is strongly recommended that you postpone any imaging studies until it can be confirmed that you are not pregnant. (Existen riesgos desconocidos para un feto por nacer en cualquier estudio de imágenes. Si existe la posibilidad de que esté embarazada, se recomienda encarecidamente que posponga cualquier estudio de imágenes hasta que se pueda confirmar que no está embarazada).

I have read and understand the above statement. There is no chance that I am currently pregnant. Consequently, I am electing to have x-rays or other diagnostic imaging studies done at this time. I hereby release the ordering/attending physician, the imaging center and all of their physicians, agents and employees from all liability if it is determined that I am pregnant at this time. (He leído y entendido la declaración anterior. No hay posibilidad de que esté embarazada actualmente. En consecuencia, elijo que se realicen radiografías u otros estudios de diagnóstico por imágenes en este momento. Por la presente libero al médico que realiza la solicitud / tratante, al centro de imágenes y a todos sus médicos, agentes y empleados de toda responsabilidad si se determina que estoy embarazada en este momento).

Signature of Patient or Personal Representative
(Firma del paciente o Representante)

_____/_____/_____
Date (Fecha)



I agree that the information supplied on this form is accurate and up-to-date to the best of my knowledge. (Acépto que la información proporcionada en este formulario es precisa y está actualizada).

Signature of Patient or Personal Representative
(Firma del paciente o Representante)

_____/_____/_____
Date (Fecha)

*****For the safety of our patients and staff the facility is under 24-hour surveillance. ******* Para la seguridad de nuestros pacientes y personal, la instalación está bajo vigilancia las 24 horas***

ASSIGNMENT OF BENEFITS FORM (ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS)

FINANCIAL RESPONSIBILITY (RESPONSABILIDAD FINANCIERA)

All professional services rendered are charged to the patient and are due at the time of service, unless other arrangement have been made in advanced with our business office. Necessary forms will be completed to file for insurance carriers' payments. (Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y vencen en el momento del servicio, a menos que se haya hecho otro acuerdo por adelantado con nuestra oficina comercial. Se completarán los formularios necesarios para solicitar los pagos de las compañías de seguros).

ASSIGNMENTS OF BENEFITS (ASGINACIONES DE BENEFICIOS)

I hereby assign all medical benefits to which I am entitled. I heard by authorize and direct my insurance carriers, including Medicare, private insurance, auto insurance and any other health/medical plan, to issue payment directly to PROFESSIONAL RADIOLOGY ASSOCIATES (dba ADVANCED IMAGING PARTNERS) for medical services rendered to myself and/or my dependence regardless of my insurance benefits, if any. I understand that I am responsible for any amount not covered by my insurance. (Por la presente cedo todos los beneficios médicos a los que tengo derecho. Escuche por autorizar y ordenar a mis compañías de seguros, incluyendo Medicare, seguros privados, seguros de automóviles y cualquier otro plan médico / de salud, para emitir el pago directamente a PROFESSIONAL RADIOLOGY ASSOCIATES (dba ADVANCED IMAGING PARTNERS) por los servicios médicos prestados a mí y /o a mi dependencia independientemente de los beneficios de mi seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra mi seguro).

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN)

I hereby authorize PROFESSIONAL RADIOLOGY ASSOCIATES (dba ADVANCED IMAGING PARTNERS) to: (1) Release any information necessary to insurance carriers regarding my illness and treatment; (2) Process insurance claims generated in the course of examination or treatment; and (3) Allow a photocopy of my signature to be used to process insurance claims for the period of lifetime. This order will remain in effect until revoked by me in writing. I have requested medical services from PROFESSIONAL RADIOLOGY ASSOCIATES (dba ADVANCED IMAGING PARTNERS) on behalf od myself and/or my dependents, and understand that by making this request, I become fully financially responsible for any and all charges in incurred in the course of the treatment authorized. (Por la presente autorizo a PROFESSIONAL RADIOLOGY ASSOCIATES (dba ADVANCED IMAGING PARTNERS) (1) Divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respeto a mi enfermedad y tratamiento; (2) Procesar las reclamaciones de seguros generadas en el curso del examen o tratamiento; (3) Permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar reclamaciones de seguros durante el, periodo de por vida. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. He solicitado servicios médicos de PROFESSIONAL RADIOLOGY ASSOCIATES (dba ADVANCED IMAGING PARTNERS) en mi nombre y/o mis dependientes, y entiendo que, al hacer esta solicitud, me hago completamente responsable financieramente de todos y cada uno de los cargos incurridos en el curso de le tratamiento autorizado).

I further understand that fees are due and payable to the date of services are rendered and I agree to pay all such charges incurred in full immediately in presentation of the appropriate statement. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original. (Además, entiendo que los honorarios vencen y son pagaderos a la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente en la presentación del estado de cuenta correspondiente. Una fotocopia de esta cesión sed considerará tan válida como el original).

Patient/Responsible Party Signature
(Firma del paciente o adulto responsable)

Print Name of Patient/Responsible Party
(Nombre escrito del paciente o adulto responsable)

Parent/Guardian Signature Relationship
(Relación con el paciente padre y/o adulto responsable)

____/____/_____
Date (Fecha)

Witness (Testigo)

____/____/_____
Date (Fecha)



HIPPA PATIENT CONSENT FORM (FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPPA)

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this Consent. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office. You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement. By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment, and health care operations. You have the right to revoke this Consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. The practice provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). (Nuestro aviso de Prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información protegida sobre la salud. Información acerca de ti. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambia nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. Tiene derecho a solicitar que restringimos como se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago o salud. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por ti. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. La práctica proporciona esto).

The patient understands that (El paciente entiende que)

- **Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or health care operations.** (La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o atención médica).
- **The Practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient has the opportunity to review this Notice.** (La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso).
- **The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices.** (La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad)
- **The patient has the right to restrict the uses of their information but the Practice does not have to agree to the restrictions.** (El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con las restricciones).
- **The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease.** (El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán)
- **The Practice may condition receipt of treatment upon the execution of this Consent.** (La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento).

This Consent was signed by (Este consentimiento ha sido firmado por):

Print Name of Patient/Responsible Party

(Nombre escrito del paciente o adulto responsable)

Patient/Responsible Party Signature

(Firma del paciente o adulto responsable)

Witness (Testigo)

____/____/_____
Date (Fecha)



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

(AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMATION DE EXPEDIENTES MEDICOS)

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) ____/____/____ Phone # (# Tel) ____-____-____

Address (Dirección) _____ Apt # (# Apt) _____

City (Cuidad) _____ State (Estado) _____ Zip Code (Código Postal) _____

OFFICE USE ONLY

Above listed patient authorizes the following healthcare facility to make record disclosure:

Facility Name: _____ Facility Phone: _____

Facility Address: _____ Facility Fax: _____

City, ST, Zip: _____

Dates and Type of information to disclose:

- 2 years prior from last date seen
- Dates Other: _____
- Specific Information Requested: _____
- Other _____

The purpose of disclosure is:

- Change of Insurance or Physician
- Continuation of Care (e.g., VA Med Ctr)
- Referral

Please mail records Please fax records

RESTRICTIONS: Only medical records originated through this healthcare facility will be copied unless otherwise requested. This authorization is valid only for the release of medical information dated prior to and including the date on this authorization unless other dates are specified.

I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

This information may be disclosed and used by the following individual or organization:

Release To: ADVANCED IMAGING **Address:** 1639 N. VOLUSIA AVENUE STE A. ORANGE CITY, FL 32763

Fax: 386-774-7227 **Phone:** 386-774-7226 Please mail records Please fax records

I understand I may revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. **Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition:** _____.

If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire 1 year from the date signed.

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

I have read the above foregoing Authorization for Release of Information and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.

X _____

Patient/Responsible Party Signature

(Firma del paciente o adulto responsable)

_____/_____/_____

Date (Fecha)

Print Name of Patient/Responsible Party

(Nombre escrito del paciente o adulto responsable)

Relationship (Relación con el paciente)

Address and telephone number of authorized representative (Dirección y teléfono del adulto responsable)