



**AUSTIN
RADIOLOGICAL
ASSOCIATION**

6101 W. Courtyard Drive, Bldg. #5 • P.O. Box 4099 • Austin, Texas 78765
(512) 795-5100 • Fax (512) 795-5129

Nombre del paciente: _____

Notificación previa al beneficiario del seguro (ABN, por sus siglas en inglés) para mamografía exploratoria y CAD

NOTA: lea el aviso completo antes de tomar una decisión.

En Austin Radiological Association, estamos comprometidos a proporcionar los mejores servicios para el cuidado de la salud en conjunto con la más reciente tecnología. Por lo cual, nos complace anunciar que hemos adquirido un sistema de detección asistido por computadora (**CAD**, por sus siglas en inglés) para mamografía. Este sistema ayuda al radiólogo a identificar signos de cambio sutiles en los tejidos mamarios. La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado la efectividad de este sistema reconociendo que el uso de CAD puede resultar en la detección temprana de cánceres usando mamografía exploratoria en mujeres que llevan a cabo mamografías exploratorias regularmente.

Muchas compañías aseguradoras, incluyendo Medicare, han analizado el sistema CAD y están cubriendo adecuadamente el costo de esta mejora en su atención médica. **Sin embargo, no todas las compañías aseguradoras han adoptado esta nueva tecnología como un beneficio incluido en su cobertura. Si este es el caso en su plan, se le podría facturar el costo adicional por el uso de esta tecnología potencialmente salvadora de vidas.**

Artículos o servicios:

Mamografía exploratoria y CAD (Detección asistida por computadora)

Costo estimado: \$160.00 Mamografía \$40.00 CAD

POR FAVOR SELECCIONE UNA DE LAS OPCIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN. FIRME Y PONGA LA FECHA EN LA OPCIÓN SELECCIONADA.

Opción 1. Deseo recibir una mamografía exploratoria con CAD (Detección asistida por computadora).

Comprendo que soy responsable por todos los artículos o servicios que reciba, independientemente de si estos son pagados por mi seguro médico. Si mi seguro se niega a pagar, acepto hacerme total y personalmente responsable del pago.

Opción 2. He decidido recibir una mamografía exploratoria, sin embargo, no deseo recibir CAD (Detección asistida por computadora).

Comprendo que soy responsable por todos los artículos o servicios que reciba, independientemente de si estos son pagados por mi seguro médico. Si mi seguro se niega a pagar, acepto hacerme total y personalmente responsable del pago.

Opción 3. He decidido no recibir estos artículos o servicios.

Comprendo que elegí no recibir estos artículos o servicios.

Fecha

Firma del paciente o de la persona que actúa en su representación

NOTA: la información sobre su salud se mantendrá confidencial. Toda la información que recopilemos sobre su persona en este formulario se mantendrá bajo confidencialidad en nuestras oficinas. Si usted envía una solicitud de reembolso a su compañía aseguradora, la información acerca de su salud en este formulario podría ser compartida con la misma. Su compañía de seguros mantendrá confidencial su información de salud.

MRN # _____

ABN de la aseguradora Mayo 2004