



**AUSTIN
RADIOLOGICAL
ASSOCIATION**

10900 Stonelake Blvd. Suite #250 • Austin, Texas 78759
(512) 795-5100 • Fax (512) 795-5129

Nombre del paciente: _____

Notificación previa al beneficiario del seguro (ABN, por sus siglas en inglés)

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

Es posible que su seguro no cubra los servicios que aparecen en la lista a continuación. Esto no significa que no deba recibir dichos servicios: es posible que su médico tenga una buena razón para recomendarlos.

Es posible que el seguro no cubra los siguientes servicios:

Artículos o servicios:

• Costo estimado: \$ _____.

POR FAVOR ELIJA UNA OPCIÓN. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y PONGA FECHA EN LA OPCIÓN SELECCIONADA.

<input type="checkbox"/> Opción 1. SÍ. Quiero recibir estos artículos o servicios. Comprendo que soy responsable de 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.
<input type="checkbox"/> Opción 2. NO. 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 recopilamos sobre su persona en este formulario se mantendrá bajo confidencialidad en nuestras oficinas. Si se presenta un reclamo a su compañía de seguros, la información sobre su salud incluida en este formulario puede compartirse con la compañía de seguros. Su compañía de seguros mantendrá confidencial su información de salud.

Notificación previa al beneficiario del seguro. Mayo de 2004

N.º de registro médico (MRN) _____