



**AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Cód. de org.: \_\_\_\_\_ Adhesión #: \_\_\_\_\_ MRN# \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. de seguridad social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quisiera recibir notificaciones sobre más servicios de ARA?  Sí  No

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Apto# Ciudad/Estado Cód. Postal

No. tel. primario: \_\_\_\_\_ No. tel. secundario: \_\_\_\_\_

Contacto por emergencia (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

**Consigne el nombre y la dirección del Garante (parte responsable) del equilibrio del paciente.**

El propio paciente Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Apto# Ciudad/Estado Cód. Postal

No. de seguridad social: \_\_\_\_\_ No. tel.: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Enviar informes adicionales al médico (nombre del médico): \_\_\_\_\_

Síntomas del paciente: \_\_\_\_\_ ICD 10: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Declaro que se me ha brindado la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de ARA mediante el que se me explica cómo ARA utilizará y divulgará la información sobre mí. Comprendo que ARA no necesita mi permiso para divulgar información sobre la salud con fines relacionados con tratamientos, pagos o operaciones comerciales rutinarias.

**DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS:** Al firmar este formulario por la presente autorizo a que se divulguen mis registros Esta autorización extiende a toda mi protegida información de salud que ARA mantiene y es válida hasta que se revoque. La información que se puede divulgar incluye, pero no está limitada a: declaraciones de costos o pagos, documentos de todas las visitas, historiales médicos y documentos médicos proveído a o recibido por otros médicos y proveedores. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que ya la ha sido publicado. La revocación debe estar escrito y mandado a Attention: Privacy Officer, Austin Radiological Association, P.O. Box 4099, Austin, TX 78765.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas (por ejemplo, familiares y amigos). (Nota: Si previamente se ha designado tales individuos a ARA y ningún cambio en tales designaciones, por favor, marque aquí y no complete la abajo designación).

Nombre	Parentesco	Nombre	Parentesco

Marque aquí si desea que sólo los registros relacionados con la fecha actual de servicio que se lanzará a las personas designadas.

Por el presente, ARA, sus empleados, funcionarios y médicos están liberados de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información mencionada con el alcance indicado y autorizado en el presente. Comprendo además que la información utilizada o divulgada de acuerdo con la presente autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no está protegida.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente, autorizo el pago a ARA de todos los beneficios del seguro de salud y autorizo a ARA a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago. Acepto que una fotocopia de la presente autorización sea considerada como efectiva y válida como la autorización original. Como Paciente o Garante, comprendo que soy legalmente responsable de todos los cargos incurridos, sea o no que este cargo sea pagado por mi seguro de salud y que cualquier saldo pendiente de pago sea totalmente exigible DE INMEDIATO si se me paga seguro de salud directamente a mí.

**PRUEBAS DE VIH DESPUÉS DE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL:** Comprendo que, en el caso de que un trabajador del cuidado de la salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales durante mi examen/procedimiento puede, mi sangre puede ser examinada para mi anticuerpos de VIH y cualquier otra enfermedad transmisible sin costo alguno para mí.

**CONSENTIMIENTO PARA PONERSE EN CONTACTO:** Reconozco y acepto que ARA puede ponerse en contacto conmigo a cualquier de los números de teléfono que aparecen en la página uno de este formulario para cualquier propósito relacionado con los servicios que recibo en ARA.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por las presente, doy mi consentimiento para la provisión de cualquier prueba o procedimiento médicamente necesario que se lleva a cabo en esta fecha. Con mi firma declaro que no he tomado medicamentos o sustancias hoy que puedan impedir mi juicio o comprensión de este documento.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 (Paciente / Padre / Tutor Legal)

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_ NO. DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_