

## AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION CONSULTATION FORM

Tengo programada una consulta para determinar si soy candidato para el procedimiento EVLT (tratamiento con láser endovascular). El examen de hoy incluirá un Doppler de ultrasonido de una o ambas piernas. Si el radiólogo intervencionista determina después de mi evaluación que no soy candidato para EVLT, entiendo que aún seré responsable de los cargos incurridos en la visita de hoy.

Si se determina que soy un candidato y acepto proceder, ARA obtendrá la autorización / verificación de mi compañía de seguros para el procedimiento. Después de que se autorice / verifique el seguro, entonces se me programará para el procedimiento EVLT.

Entiendo que si tengo seguro, ARA lo archivará como cortesía. Si no tengo seguro o el procedimiento realizado no es un beneficio cubierto, seré responsable de los cargos incurridos.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_