

Propocito De Consentimiento: Al firmar esta forma usted nos da consentimiento para usar y divulgar su informacion de salud para darle tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de cuidado medico.

Notificacion De Practicas Privadas: Usted tiene el derecho de leer nuestra Notificacion De Privacidad en totalidad antes de que decida a firmar este consentimiento. Nuestro consentimiento provee descripciones de nuestro tratamiento, actividad de pagos,y operaciones de salud, de los usos y divulgaciones que podramos hacer sobre su informacion medica y otra informacion importante sobre su informacion medica. Una copia de nuestra notificacion acompaña este consentimiento. Porfavor de leerlo con cuidado y en totalidad antes de firmar.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestra Notificacion De Practicas Privadas como es descrito en nuestra Notificacion De Practicas Privadas. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, daremos una copia modificada de nuestra notificacion de practicas de privacidad, que contendra las modificaciones. Los cambios pueden ser aplicados a su informacion protegida de salud que nosotros mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificacion De Practicas Privadas, incluyendo cualquier revision de nuestra notificacion, a cualquier tiempo para contactarnos:

Persona a quien contactar:Catherine Tate, Presidente Telefono:(209)952-9300 Direccion:3031 W. March Lane #336E, Stockton, Ca 95219

Derecho De Revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier tiempo solamente necesita darnos una notificacion en escrito de su revocacion submitida a la persona mencionada arriba. Porfavor entienda que al revocar este consentimiento no afectara cualquier accion que tomaremos en confianza de esta notificacion antes de que recibieramos su revocacion , tenemos derecho de rechazar tratamiento o continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, _____ he tenido oportunidad completa de leer y considerar el contenido de esta forma de consentimiento y la Notificacion De Practicas Privadas. Yo entiendo al firmar esta forma estoy dando consentimiento a descubrimiento de mi informacion medica para tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de cuidado medico.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta forma esta firmada por un representante incluya lo siguiente.: El nombre del representante personal: _____ Relacion al paciente: _____
Usted tiene derecho de una copia despues de firmar este consentimiento.

AUTORIZACION Y ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Nosotros le preguntamos a todos los pacientes que si nos pueden enseñar su aseguranza para hacerle copias. No podemos rendir servicios con la asuncion que nuestros cobros seran pagados por la aseguranza. Todos los servicios son cobrados directamente al paciente, y el o ella queda responsable por el pago. Por cortesia, trataremos de prepararle los reportes necesarios para asistirle en haciendo colecciones de la aseguranza y acreditaremos colecciones a la cuenta del paciente.

Autorizacion De Pago

INS _____

Yo, _____, autorizo a **TOM H. PIATT, M.D. INC** para averiguar informacion acerca de mi enfermedad. Yo directo a mi covertor que pague sin equivocacion directamente al doctor, para el o para ella . Aunque tengo aseguranza hay un porcentaje que yo pueda ser responsable de los cargos. Una copia de esta autorizacion es valido como el original.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____ Tech: _____

ABDOMEN 76700 & 76775 Dx _____	RENAL 76770,51798 &76856 Auth Dx _____	BREAST 76645 Dx _____	PELVIC (w/tv) 76856 & 76830 Dx _____	PELVIC (no tv) 76856 Dx _____	Fetal Outflow CMSP 76825 & 76811 655.93
OB. FULL 76811 Dx _____	OB.F w/UMB 76811 & 76820 656. 53 Auth	OB. F. TWINS 76811 & 76812 651.03	OB. LIM (no tv) 76801 Dx _____	OB. LIM CMSP/PREM 76815 Dx _____	OB. LIM (w/tv) CMSP/PREM 76815 & 76817 640.03
OB. TV 76817 Dx _____	OB. F w/ BIO 76811 & 76819 Auth Dx _____	OB. LIM TWINS 76801 & 76802 651.03	NT 76813 V28.89	NT Twins 76813 & 76814 V28.89 & 651.03	
DVT 93970 Auth Dx _____	THYROID 76536 Dx _____	CAROTID 93880 Auth Dx _____	SCROTUM 76870 Dx _____	Dexa Dx _____	

OBTENGA FOTOS 3D CON SU ULTRASONIDO MEDICO

_____ **3D/4D/HDLive \$75.00/\$95.00**

- Ultrasonido 3D/4D con su ultrasonido Diagnóstico
- DVD que registran del examen
- 2 fotos de color en 3D
- 4 fotos de blanco y negro en 3D

_____ **HDGender \$50.00**

- Genero del bebe entre 12-15 weeks
- 2 fotos de blanco y negro

_____ **USB/FLASH DRIVE \$20.00**

- Incluye todas las fotos tomadas durante el examen

ESTO NO ES REQUERIDO PARA SU EXAMEN SOLO ES OPCIONAL.

_____ **Si Entiendo que esto no es requerido, es mi elección.** Esto no es reembolsable a mi examen medico. Tate Diagnostic no me garantiza la claridad de mis fotos. Esto depende de la posicion del bebe, el volumen de liquido amniotico, y el echogenicito del paciente.

_____ No gracias, Solo quiero las 2 fotos de 2D en blanco y negro que usted ha incluido con mi examen diagnóstico.

Yo entiendo que parte de mi examen va ser en formato de 2D, 3D, y 4D. Consiento que la grabación de video puede incluir una narración audio de mi y las voces de mis familiares y amigos, condiciones permitiendo. A veces, debido a la colocación del bebé (e.g. cabeza abajo, bajo en la pelvis, haciendo frente a la espina dorsal de la madre e inmóvil) o manos, pies o cordón umbilical sobre la cara, Tate Diagnostic, Inc. no puede garantizar una imagen clara de la cara durante el examen.

APELLIDO: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____

FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____ **SEGURO SOCIAL** _____-_____-_____

DIRECCION: _____ **CODIGO POSTAL** _____ **#TEL (_____)** _____

REF MD: _____ **ESTIMADO DIA DE PARTO:** _____/_____/_____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **SEGURO SOCIAL:** _____-_____-_____

NEW PT: _____ **PREVIOUS BALANCE:** _____ **PT PAID \$** _____

HIPAA

Seccion A: Paciente Dando Consentimiento

Seccion B: Paciente Porfavor Lea Este Articulo Con Cuidado.

Propocito De Consentimiento: Al firmar esta forma usted nos da consentimiento para usar y divulgar su informacion de salud para darle tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de cuidado medico.

Notificacion De Practicas Privadas: Usted tiene el derecho de leer nuestra Notificacion De Privacidad en totalidad antes de que decida a firmar este consentimiento. Nuestro consentimiento provee descripciones de nuestro tratamiento, actividad de pagos,y operaciones de salud, de los usos y divulgaciones que podramos hacer sobre su informacion medica y otra informacion importante sobre su informacion medica. Una copia de nuestra notificacion acompaña este consentimiento. Porfavor de leerlo con cuidado y en totalidad antes de firmar.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestra Notificacion De Practicas Privadas como es descrito en nuestra Notificacion De Practicas Privadas. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, daremos una copia modificada de nuestra notificacion de practicas de privacidad, que contendra las modificaciones. Los cambios pueden ser aplicados a su informacion protegida de salud que nosotros mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificacion De Practicas Privadas, incluyendo cualquier revision de nuestra notificacion, a cualquier tiempo para contactarnos:

Persona a quien contactar:Catherine Tate, Presidente Telefono(209)952-9300 Direccion:628 Lincoln Center, Stockton CA 95207

Derecho De Revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier tiempo solamente necesita darnos una notificacion en escrito de su revocacion submitida a la persona mencionada arriba. Porfavor entienda que al revocar este consentimiento no afectara cualquier accion que tomaremos en confianza de esta notificacion antes de que recibieramos su revocacion , tenemos derecho de rechazar tratamiento o continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, _____ he tenido oportunidad completa de leer y considerar el contenido de esta forma de consentimiento y la Notificacion De Practicas Privadas. Yo entiendo al firmar esta forma estoy dando consentimiento a descubrimiento de mi informacion medica para tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de cuidado medico.

Firma: _____

Fecha: _____

Si esta forma esta firmada por un representante incluya lo siguiente.

El nombre del representante

personal: _____

Relacion al paciente: _____

Usted tiene derecho de una copia despues de firmar este consentimiento.
