

OPEN MRI CENTERS OF GEORGIA

CONSENTIMIENTO, LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, DIRECTORIO DEL PAGO Y EMBARGO PREVENTIVO IRREVOCABLE

Consentimiento Médico - consiento a la examinación, el tratamiento y los procedimientos que pueden ser realizado durante esta visita; incluyendo de tratamiento emergencia considerado necesario si es por el doctor(es) del paciente.

de la información - autorizo por este medio al medico arriba nombrado a dar cualquier información necesitada para procesar las demandas en referencia a la examinación, al tratamiento, y a los procedimientos rendido por el medico. Permito una copia de esta autorización de ser utilizado en lugar de la original.

Responsabilidad Financiera - entiendo que el pago es debido a la hora de servicio y si no, yo reconozco que soy responsable de tomar las medidas financieras apropiadas el incluir pero no limitado a los beneficios del seguro. Si mi cuenta se convierte delincente o es referido tercer al partido para los esfuerzos de la colección, yo pagare todo el interés, honorarios del abogado, costes de la corte y los costos de colección.

Beneficios de Medicare/Medicaid - si aplica, certifico que la información dada por mí es dado bajo título XVIII y/o XIX del acto del segurito social es correcto. Yo autorizo cualquier sostenedor de médico cualquier información al Segur Social y los intermediarios o los portadores, cualquier información necesitada para Demanda de Medicare/Medicaid. Solicito que el pago de beneficios autorizados esté hecho en mi favor. Asigno los beneficios pagaderos para los servicios del médico a MRI abierto Centros de Georgia. Autorizo a doctor arriba nombrado a someter a Seguro de enfermedad y/o Medicaid para el pago en mi favor.

Embargo Irrevocable preventivo del doctor del Paciente-Abogado-Healthcare (casos de la responsabilidad solamente) - que yo autorizo y ordeno a mi abogado pagar al doctor arriba directamente nombrado cualquier suma debida para los servicios médicos rendidos a mí. Ordeno a mi abogado retener tales fondos de cualquier establecimiento, veredicto o juicio que se rindan en mi caso. I notifique por este medio a mi abogado que estoy dando al doctor arriba nombrado un embargo preventivo estos beneficios o ingresos del establecimiento. En consideración por arriba nombrado el pago que espera el arriba nombrado, este embargo preventivo es irrevocable y puede solamente estar satisfecho por el pago completo de todas sumas debido para los servicios médicos rendidos. Autorizo el doctor arriba nombrado que notifique a mi abogado de este embargo preventivo en la doctora discreción. Entiendo que procede cualquier establecimiento, veredicto o juicio no puede ser desembolsado a mí sin primero la satisfacción de este embargo preventivo. Si un conflicto preséntese con respecto al pago de mis cargas, autorizo y dirijo a mi abogado a sostenga todos los dineros suficientes satisfacer este embargo preventivo en fideicomiso hasta que puede el conflicto resuélvase. Entiendo más lejos que sería una violación de mis deberes éticos del abogado para desembolsar estos fondos disputados antes de la resolución al conflicto del embargo preventivo.

Nombre de Paciente (Por favor en Letra de Molde)

Fecha

Firma del Paciente _____

Yo, _____, he sido informado de las practicas privacidad del paciente por Open MRI Centers of Georgia.

Nombre de Paciente (en Letra de Molde)