



PATIENT CONSENTS: (Spanish)
Please initial each consent section

Consent to Procedure: The undersigned patient/ responsible party consents to the imaging procedure(s) listed above ordered by my physician.

Financial Responsibility: By accepting any medical service or treatment, including but not limited to the above listed procedure(s), the undersigned patient/responsible party agrees to pay all charges for such service or treatment. Your insurance is filed as a courtesy to you. All co-pays, deductibles, co-insurance, previous balances, and fees for non-covered services are due at the time of your visit. We will provide you with a statement of your account, when requested, to bill to a secondary or tertiary insurance, once your account is paid in full. We will bill secondary insurances, when needed, if required by a specific contract. If you are a Medicare recipient, we will bill your claim to Medicare as required for participation in the Medicare program. We will provide the best possible care for you. Services we provide to you may or may not be covered by your insurance due to routine, non-covered, or "deemed medically unnecessary" by your insurance company, In the event a third party payor does not cover payment of your services, you will be responsible. We will make every effort to let you know if we suspect your insurance company may not cover your services. You are responsible for knowing the benefits/coverage of your insurance.

Release of Information: I agree that to the extent necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement, the provider may disclose portions of my medical record to any person or corporation which is or may be liable for all or any portions of the provider's charges, including but not limited to insurance companies, health care service plans or workers' compensation carriers. I understand that medical information may also be released to review organizations and, if necessary, any agencies that may be involved in continuing patient care. I agree and acknowledge that this authorization and consent continue until such time as written notice revoking said consent from the patient or the patient's legal representative is received by the provider.

Notice of Privacy Practices (NPP) Acknowledgement: A Notice of Privacy Practices (NPP) is provided to all patients. This NPP identifies: 1) How medical information may be used or disclosed; 2) your rights to access your medical information, amend your medical information, request an accounting of disclosures of your medical information, and request additional restrictions on our use and disclosures of that information; 3) Your rights to complain if you believe your privacy rights have been violated; and 4) Our responsibilities for maintaining your privacy as your medical representative. I have been offered and have read a copy of the facility's Notice of Privacy Practices.

Notice about Electronic Check Conversion: When you provide a check as payment, you authorize us either to use information from your check to make a one-time electronic fund transfer from your account or to process the payment as a check transaction. When we use information from your check to make an electronic fund transfer, funds may be withdrawn from your account the same day.

Consentimiento para comunicaciones

Al proporcionar un número de teléfono, otorgo mi consentimiento y autorizo expresamente al hospital, todo profesional médico o proveedor clínico, así como también a sus entidades, agentes o contratistas relacionados, incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, programadores, comercializadores, anunciantes, cobradores de deudas y otro personal contratado (al que nos referiremos de forma colectiva en el presente como "Proveedor") a comunicarse conmigo mediante el uso de todo equipo de marcado de números (incluyendo un marcador, sistema automático de marcado de teléfono, y/o sistema interactivo de reconocimiento de voz) y/o voz o mensaje artificial o pregrabado. Acepto expresamente que se puedan hacer dichas llamadas automáticas a todo número de teléfono (incluyendo números asignados a todo celular u otro servicio por el cual se me pueda cobrar por la llamada) utilizado por mí o asociado conmigo y obtenido a través de toda fuente incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, todo número que proporcione en el día de hoy, haya proporcionado con anterioridad o pueda proporcionar en el futuro en relación con los bienes y servicios médicos y/o mi cuenta. Al otorgar el presente consentimiento expreso, renuncio específicamente a todo reclamo que pueda tener por la realización de dichas llamadas, incluyendo todo reclamo según la ley federal o estatal, y específicamente todo reclamo según la Ley de Protección del Consumidor Telefónico, 47 U.S.C. § 227. Al proporcionar un número de teléfono, declaro que soy el suscriptor o propietario, o que tengo autoridad para utilizar y otorgar consentimiento para llamar al número.

Al proporcionar un número de teléfono, otorgo mi consentimiento expreso a la recepción de mensajes de texto del Proveedor en cualquier número de teléfono (incluyendo números asignados a todo celular u otro servicio por el cual se me pueda cobrar por la llamada) utilizado por mí o asociado conmigo y obtenido a través de toda fuente incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, todo número que haya proporcionado con anterioridad o que pueda proporcionar en el futuro en relación con mi cuenta. Al otorgar el presente consentimiento expreso, renuncio específicamente a todo reclamo que pueda tener por la realización de dichas llamadas, incluyendo todo reclamo según la ley federal o estatal, y específicamente todo reclamo según la Ley de Protección del Consumidor Telefónico, 47 U.S.C. § 227. Al proporcionar un número de teléfono, declaro que soy el suscriptor o propietario, o que tengo autoridad para utilizar y otorgar consentimiento para llamar al número.

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico ahora o en cualquier momento en el futuro en relación con los bienes y servicios médicos proporcionados y/o mi cuenta, expresamente decido participar en la recepción de comunicaciones por correo electrónico del Proveedor por o relacionadas con los bienes o servicios médicos proporcionados, mi cuenta y todo otro servicio, tal como información financiera, clínica y educativa, incluyendo noticias sobre intercambios, cambios en la ley de la atención de la salud, cobertura de atención de la salud, atención de seguimiento y otras oportunidades, bienes y servicios de atención de la salud. Al otorgar el presente consentimiento expreso, renuncio específicamente a todo reclamo que pueda tener por el envío de dichos mensajes de correo electrónico, incluyendo todo reclamo según la ley federal o estatal, y específicamente todo reclamo según la Ley CAN-SPAM, 15 U.S.C. § 7701, y siguientes. Al proporcionar una dirección de correo electrónico, declaro que soy el suscriptor o propietario, o que tengo autoridad para utilizar y otorgar consentimiento para comunicarse con la dirección de correo electrónico.

Comprendo que proporcionar un número de teléfono y/o una dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos. Comprendo además que puedo dejar sin efecto mi consentimiento para comunicaciones en cualquier momento comunicándome directamente con el Proveedor, o mediante el uso del método para dejar de participar que se indicará en la comunicación correspondiente.

Printed Name: _____

Signature _____ Date _____

Parent or Legal Guardian Signature: _____