



Assignment of Insurance Benefits:

Pregnancy Consent (Not applicable to Ultrasound studies and ONLY for female patients)

The purpose of this statement is to inform Diagnostic Medical Imaging of Pembroke Pines, that I do not believe I am pregnant at this time and therefore agree to have the study requested by my physician. The effects of radiation generated during the course of any studies are unknown to an unborn child, we must ask the following questions on this form regarding pregnancy, no matter how remote the possibility. Your candor and cooperation on this matter is absolutely necessary.

Date of Last Menstrual period: _____ **Are you pregnant ?** _____ YES _____ NO

Si usted esta embarazada, las pruebas de radiografias diagnosticas pueden poner en peligro a las criaturas en cualquier momento durante el embarazo. Por favor avisenos si usted podria estar embarazada.

Fecha de su Ultima Menstruacion: _____ **Esta Embarazada?** _____ SI _____ NO

I request that payment of authorized insurance benefits, including Medicare, if I am a Medicare beneficiary, be made on my behalf to Diagnostic Medical Imaging, Graciela Pozo, MD PA, and/or Gracie Christie, MD for any equipment or services provided to me by this organization. I authorize the release of any medical or other information necessary to determine these benefits or the benefits payable for related equipment or services to Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), my insurance carrier or other medical entity. A copy of this authorization will be sent to the CMS, my insurance company or other entity if requested. I understand that I am financially responsible to the Organization for any charges not covered by health care benefits. It is my responsibility to notify the organization of any changes in my health care coverage. In some cases exact insurance benefits cannot be determined until the insurance company receives the claim. I am responsible for the entire bill or balance of the bill as determined by the organization and/or my health care insurer if the submitted claims or any part of them are denied for payment. I understand that by signing this form I am accepting financial responsibility as explained above for all payment for products received. If this account becomes past due, or is referred for collections, which may include, but not be limited to, late fees of up to 1.5% of any outstanding monthly balance, court cost and reasonable attorney's fees. By signing this document, I also acknowledge that I have received a copy of the organization's Notice of Privacy Practices. This acknowledgement is required by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) to ensure that I have been made aware of my privacy rights.

Solicito que el pago de las prestaciones de seguros autorizadas, incluyendo Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, se hagan en mi nombre a Diagnostic Medical Imaging Pembroke Pines, Christie Gracie, MD por cualquier equipo o servicios de que se me por esta organización. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para el equipo o servicios relacionados con los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), mi compañía de seguros o entidad médica. Una copia de esta autorización será enviada a la CMS, mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita. Yo entiendo que soy financieramente responsable de la Organización de los cargos no cubiertos por las prestaciones de salud. Es mi responsabilidad notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de salud. En algunos casos los beneficios exactos de seguros no se puede determinar hasta que la compañía de seguros recibe la reclamación. Yo soy responsable de toda la factura o el saldo de la cuenta según lo determinado por la organización y / o mi compañía de seguros de salud si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellos se les niega el pago. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera como se ha explicado anteriormente para el pago de todos los productos recibidos. Si esta cuenta se vence, o se hace referencia para las colecciones, que pueden incluir, pero no limitado a, cargos por pagos atrasados de hasta el 1,5% de cualquier saldo pendiente de pago mensual, el costo de la corte y honorarios razonables de abogados. Al firmar este documento, yo también reconozco que he recibido una copia de la Notificación de la organización de prácticas de privacidad. Este reconocimiento es requerido por la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) para asegurarse de que he sido informado de mis derechos de privacidad.

Name / Nombre: _____

Signature / Firma: _____

Date / Fecha: _____

Witness Name: _____

Signature: _____

Date: _____