



8076 South Orange Blossom Trail  
Orlando FL 32809  
Phone: 407-704-3333 Fax: 407-601-1963

**“PIP”**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: M O F TELEFONO: \_\_\_\_\_

STATUS CIVIL: CASADO SOLTERO DIVORCIADO NOMBRE DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGURO: \_\_\_\_\_

# POLIZA: \_\_\_\_\_ # RECLAMACION: \_\_\_\_\_ DED \$ \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_ SS \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_

¿ESTA VISITA ES RELACIONADA A UN ACCIDENTE DE AUTO? SI O NO

SI CONTESTO SI, FECHA DEL ACCIDENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿CUANDO COMENZO TRATAMIENTO POR PRIMERA VEZ? \_\_\_\_\_

APROXIMADAMENTE, CUANTAS VECES A LA SEMANA RECIBE TRATAMIENTO:

“FAVOR CIRCULAR” (1) (2) (3) (4) (5) (6)

¿FUE USTED A ALGUN HOSPITAL? SI O NO

AUTORIZACIÓN SEGUROS PRIVADOS PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS E INFORMACIÓN DE PRENSA:

YO, ENTIENDO, AUTORIZO PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS A THOMAS TUREK, MD D / B / A CLEARVIEW DIAGNOSTIC PARA CUALQUIER SERVICIO BRINDADO A MÍ POR LOS MEDICOS. ENTIENDO QUE YO SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI CONTRATO. TAMBIÉN AUTORIZO A USTED PARA LIBERAR A MI INFORMACIÓN A MI COMPAÑÍA ASEGURADORA INFORMATION ACERCA DE TARJETA DE SEGURO, RECOMENDACIÓN, TRATAMIENTO O SUMINISTROS BRINDADO A MI PERSONA. ESTA INFORMACION SERA USADA PARA PROPOSITOS DE EVALUACION Y ADMINISTRAR RECLAMO DE BENEFICIOS.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HIPPA**

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud**

De acuerdo a las normas de derecho eficaces abril 2003 toda la información del paciente debe mantenerse confidencial y no se debe dar a cualquier persona que no esté autorizada.

Clearview Diagnostic, CORP.

8076 South Orange Blossom Trail Orlando, FL 32809

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO, LIBERACION & DEMANDA**

Aseguradora y el paciente lea atentamente lo siguiente en su totalidad

Yo, el paciente que suscribe / asegurado a sabiendas, voluntariamente asigno intencionalmente los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, también conocido como Protección Contra Lesiones Personales (PIP por sus siglas en Ingles), y la política de pagos médicos de seguro para el proveedor de atención médica antes indicado, incluyendo el derecho a presentar una demanda para buscar el pago de cualquier beneficios PIP no pagados, pena, gastos de envío y / o interés. Es la intención de la empresa de aceptar esta asignación, en lugar de exigir el pago en el momento en que los servicios se prestan y que este documento permitirá a los proveedores a presentar una demanda contra una compañía de seguros para el pago de los beneficios del seguro. Esta asignación de beneficios incluye el pago de intereses vencidos y cualquier posible reclamación del derecho común de mala fe estatutaria. El que suscribe dirige a la aseguradora a pagar al proveedor de atención médica directa.

El asegurador está dirigida por el proveedor y el suscrito para no emitir ningún cheque o giros en liquidación parcial de una reivindicación que contienen o están acompañados por idiomas soltar el asegurador o su asegurado / paciente de responsabilidad civil a menos que haya un acuerdo previo por escrito acordó por el proveedor de la salud y la aseguradora en cuanto a la cantidad a pagar por la póliza de seguro o contrato. El proveedor de este medio se opone a cualquier reducción o pagos parciales. Cualquier pago parcial o reducida, independientemente del idioma que acompaña, emitido por la aseguradora y depositado por el proveedor no se considerará una renuncia, acuerdo, la satisfacción, la descarga, el arreglo o acuerdo por el proveedor a aceptar una cantidad reducida como pago total. El asegurador queda colocado sobre aviso de que ese proveedor se reserva el derecho de solicitar el importe total de las facturas presentadas. Por favor envíe una copia de los exámenes de defensa programada o examen bajo juramento a ese proveedor.

**Liberación de información:** Por la presente autorizo a este proveedor para suministrar a la aseguradora, intermediario de la aseguradora, y el abogado del paciente a través de correo, fax o correo electrónico, con toda la información que pueda estar contenida en el historial clínico; para obtener información sobre la cobertura de seguro por escrito (hoja de declaración) y telefónicamente de la aseguradora; solicitud de cualquier aseguradora toda explicación de beneficios (EOB) para todos los proveedores y las hojas de pago no redactada PIP; obtener las declaraciones del paciente proporcionada a la aseguradora; obtener copias de todos los expedientes médicos, radiografías, IME, y resonancias magnéticas, de cualquier otro proveedor médico o cualquier aseguradora. El proveedor puede producir mis registros médicos a su abogado en relación con cualquier juicio pendiente. La aseguradora se dirige a mantener registros médicos del paciente privada y confidencial y no está autorizado a proporcionar estos registros médicos a nadie sin el paciente y la previa y expresa autorización por escrito del proveedor.

**Demanda:** En concordancia con el capítulo 627.4137 (2018) de los estatutos del estado de la Florida, la demanda queda hecha para la aseguradora a pagar todas las facturas dentro de los 30 días sin reducciones y enviar por correo la última hoja de pago PIP no redactado y la hoja de declaración de la cobertura de seguro al proveedor anterior dentro de los 15 días. La aseguradora se dirige a pagar las cuentas en el orden en que se reciben. Sin embargo, si una factura del proveedor y un reclamo de cualquier otra persona es recibida por el asegurador en el mismo día que la aseguradora está dirigida a no aplicar la factura de este proveedor para el deducible. Si un proyecto de ley de este proveedor y el reclamo de cualquier otra persona es recibida por el asegurador en el mismo día, entonces el asegurador se dirige a pagar ese proveedor antes de que se agote la política. En el caso de las facturas médicas de este proveedor se disputan por el asegurador por cualquier motivo el abajo firmante indica a la aseguradora a dejar de lado cualquier cantidad en disputa (es decir, para depositar el dinero) Y no pagar la cantidad en disputa con nadie, incluyéndome a mí, o cualquier entidad hasta que se resuelva la disputa. La aseguradora es instruida para explicar inmediatamente por escrito al proveedor por encima de cualquier disputa.

**Certificación:** Certifico que: He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

**Atención:** Por favor, lea antes de firmar. Si usted no entiende completamente este documento por favor pedirnos que se lo explique. Si firma a continuación vamos a suponer que usted entiende y está de acuerdo con lo anterior.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

(Letra Molde)

(Si el paciente es menor, firma del padre o guardián)

Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mes/Día/Año



8076 South Orange Blossom Trail  
Orlando, Florida 32809  
Phone: 407-704-3333 Fax: 407-601-1963

### **PREGNANCY CONSENT FORM**

ANY DIAGNOSTIC TEST DEALING WITH RADIATION SUCH AS AN MRI, X-RAY, CT-SCAN, BONE DENSITY AND MAMMOGRAM TAKEN DURING PREGNANCY MAY BE DANGEROUS TO THE UNBORN CHILD. THEREFORE, YOU ARE ASKED TO IMMEDIATELY INFORM OUR OFFICE IF THERE IS ANY POSSIBILITY THAT YOU MAY BE PREGNANT.

I \_\_\_\_\_, CERTIFY THAT **I AM NOT PREGNANT** AND AUTHORIZE CLEARVIEW DIAGNOSTIC CENTER TO PERFORM ANY RADIOLOGIC TESTING.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

---

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO POR EMBARAZO**

CUALQUIER TIPO DE EXAMEN QUE ENVUELVA RADIACION, COMO ESTOS: MRI, RADIOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADA, DENSITOMETRIA OSEA O MAMOGRAFIA, REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO PUEDE SER EXTREMADAMENTE PELIGROSOS PARA SU BEE, POR LO TANTO LE PEDIMOS QUE NOS INFORME SI EXISTE ALGUNA POSIBILIDAD DE QUE PUEDA ESTAR EMBARAZADA.

YO: \_\_\_\_\_, CERTIFICO QUE **NO HAY NINGUNA POSIBILIDAD DE QUE ESTE EMBARAZADA** EN ESTE MOMENTO, Y AUTORIZO A CLEARVIEW DIAGNOSTIC CENTRO A REALIZARME UN EXAMEN DE RADIOLOGIA.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



Standard Disclosure and Acknowledgement Form  
Personal Injury Protection – Initial Treatment or Service Provided

The undersigned insured person (or guardian of such person) affirms:

11. The services or treatment set forth below were actually rendered. This means that those services have already been provided.

\_\_\_\_\_

12. I have the right and the duty to confirm that the services have already been provided.

13. I was not solicited by any person to seek any services from the medical provider of the services described above.

14. The medical provider has explained the services to me for which payment is being claimed.

15. If I notify the insurer in writing of a billing error, I may be entitled to a portion of any reduction in the amounts paid by my motor vehicle insurer. If entitled, my share would be at least 20% of the reduction, up to \$500.00

Insured Person (patient receiving treatment or services) or Guardian of Insured Person:

\_\_\_\_\_  
Name (PRINT OR TYPE)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

The undersigned licensed medical professional or medical director, if applicable, affirms the statement numbered I above and also:

I. I have not solicited or caused the insured person, who was involved in a motor vehicle accident, to be solicited to make a claim for Personal Injury Protection benefits.

J. The treatment or services rendered were explained to the insured person, or his or her guardian, sufficiently for that person to sign this form with informed consent.

K. The accompanying statement of bill is properly completed in all material provisions and all relevant information has been provided therein. This means that each request for information has been responded to truthfully, accurately, and in substantially complete manner.

L. The coding of procedures on the accompanying statement of bill is proper. This means that no service has been coded, unbundled, or constitutes an invalid or not medically necessary diagnostic test as defined by Section 627.732 (15) and (16), Florida Statutes or Section 627.736 (5)(b)6, Florida Statutes.

Licensed Medical Professional Rendering Treatment/Services or Medical director, if applicable (Signature by his/her own hand):

\_\_\_\_\_  
Name (PRINT or TYPE)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of Claim or an application containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree per Section 817.234(1)(b), Florida Statutes.

Note: The **original** of this form must be furnished to the insurer pursuant to Section 627.736(4)(b), Florida Statutes and may not be electronically furnished. Failure to furnish this form may result in non-payment of the claim



## Standard Disclosure and Acknowledgement Form Personal Injury Protection – Initial Treatment or Service Provided

The undersigned insured person (or guardian of such person) affirms:

1. The services or treatment set forth below were actually rendered. This means that those services have already been provided.

\_\_\_\_\_

- 2. I have the right and the duty to confirm that the services have already been provided.
- 3. I was not solicited by any person to seek any services from the medical provider of the services described above.
- 4. The medical provider has explained the services to me for which payment is being claimed.
- 5. If I notify the insurer in writing of a billing error, I may be entitled to a portion of any reduction in the amounts paid by my motor vehicle insurer. If entitled, my share would be at least 20% of the reduction, up to \$500.00

The undersigned licensed medical professional or medical director, if applicable, affirms the statement numbered 1 above and also:

- A. I have not solicited or caused the insured person, who was involved in a motor vehicle accident, to be solicited to make a claim for Personal Injury Protection benefits.
- B. The treatment or services rendered were explained to the insured person, or his or her guardian, sufficiently for that person to sign this form with informed consent.
- C. The accompanying statement of bill is properly completed in all material provisions and all relevant information has been provided therein. This means that each request for information has been responded to truthfully, accurately, and in substantially complete manner.
- D. The coding of procedures on the accompanying statement of bill is proper. This means that no service has been coded, unbundled, or constitutes an invalid or not medically necessary diagnostic test as defined by Section 627.732 (15) and (16), Florida Statutes or Section 627.736 (5)(b)6, Florida Statutes.

Insured Person (patient receiving treatment or services) or Guardian of Insured Person:

Name (PRINT OR TYPE)	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Licensed Medical Professional Rendering Treatment/Services or Medical director, if applicable (Signature by his/her own hand):

Name (PRINT or TYPE)	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of Claim or an application containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree per Section 817.234(1)(b), Florida Statutes.

Note: The **original** of this form must be furnished to the insurer pursuant to Section 627.736(4)(b), Florida Statutes and may not be electronically furnished. Failure to furnish this form may result in non-payment of the claim

## DECLARACION JURADA DE SERVICIOS PRESTADOS

ESTADO DE: \_\_\_\_\_

CONDADO DE: \_\_\_\_\_

Ante mí este día apareció personalmente: \_\_\_\_\_, quien está bajo juramento, quita y dice:

Declaro que los servicios prestados fueron razonables y necesarios con respecto a las lesiones sufridas. Bajo pena de perjurio, he leído lo anterior, y hechos alegados son fieles a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra Molde

Jurado y suscrito ante mí por el este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Mi término expira \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Sello:

\_\_\_\_\_  
Notario público



Phone: 407-704-3333 Fax: 407-601-1963

### CARTA DE PROTECCION

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Clearview Diagnostic a proporcionarle a \_\_\_\_\_ mi abogado, yo mismo, un informe completo de su examen, pruebas de diagnóstico, etc. con respecto al accidente en el que estuve involucrado el \_\_\_\_\_. Por la presente, lo autorizo a usted, mi abogado. Pagar directamente a Clearview Diagnostic las sumas que sean adeudadas y adeudadas por los servicios profesionales que me hayan prestado tanto por causa de este accidente como por otras facturas que adeuden a su oficina y retener dicha suma de cualquier sentencia de conciliación o veredicto según sea necesario. para proteger adecuadamente Clearview Diagnostic. Por la presente otorgo un gravamen sobre mi caso a Clearview Diagnostic contra todos y cada uno de los ingresos de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que se le pueda pagar a usted, a mi abogado oa mí mismo, como resultado de mis lesiones por las que he sido tratado, o lesiones en relación con los mismos. Este gravamen estará en vigor hasta que tanto yo como Clearview Diagnostic acordamos perdonarlo por escrito o hasta que dichas deudas se paguen en su totalidad. Entiendo completamente que soy directa y completamente responsable ante dicho proveedor por todas las facturas profesionales que presenten por los servicios que me prestaron y que el acuerdo se realiza únicamente para ellos en espera de pago y no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el cual Eventualmente puedo recuperar dicha tarifa.

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

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El abajo firmante, siendo abogado de récord para el paciente anterior se compromete a observar todos los términos de los anteriores y agredir en retener dichas sumas del acuerdo, sentencia o veredicto como sean necesarias para proteger adecuadamente el diagnóstico 3D avanzado.

Firma de abogados: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### PODER PARA ENDOSAR CHEQUES

CONOCE todos los nombres de estas presente que el suscrito ha hecho constituido y por éstos presenta por este medio hacer, constituyen y nombrar Advanced 3D Diagnostics, ser firmante verdadero y legal abogado y en órdenes del abajo firmante que se hacen a los abajo firmantes solo o para el suscrito y el Advanced 3D Diagnostics , que dijo cheques y giros postales pagar por servicios médicos o que han sido realizadas por Advanced 3D Diagnostics a mi petición, o con mi conocimiento y aprobación de los abajo firmantes y el fabricante del cheque, giro o giros.

El suscrito por estos regalos no da y concede a dicho Advanced 3D Diagnostics. Como abogado todo el poder y autoridad para hacer y realizar todas y cada acto y cosa, requisito alguno y es necesario hacer en y sobre el poder o podría hacer para presentar personalmente en la medida en como endosar y cobrar de dicho proyecto, cheque o giro se refiere.

Los abajo firmantes por el presente ratificar y confirmar todo tomado por el abogado de dicho acuerdo con este poder especial y que el dicho abogado será causar realizarse en virtud de estos regalos.

En traducción de testigo, el abajo firmante ha aquí a puesto su mano esta

\_\_\_\_ Día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Testigo

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

**CONFIDENCIAL**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ESTUDIOS DE LA PROYECCIÓN DE IMAGEN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entiendo que, como paciente, tengo derecho a recibir una gama de servicios en **Clearview Diagnostic**. El objetivo del proceso de evaluación es determinar el mejor curso de tratamiento para mí. Entiendo que toda la información compartida con los médicos en **Clearview Diagnostic**. Es confidencial y no información sin mi consentimiento. Entiendo que mi médico ha discutido los riesgos y beneficios conmigo en base de mis estudios por imágenes. En los demás casos, doy mi consentimiento para liberar la información se da a través de la autorización por escrito.

Me también ha informado sobre las directivas anticipadas, testamento vital y comprendo que **Clearview Diagnostic no honra las directivas anticipadas**. En el caso de una situación amenazante de la vida nuestro protocolo de emergencia se le adhirió a

**SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD:**

Yo soy el padre o tutor legal de que es menor de edad, años de edad. Autorizo el tratamiento anterior de este menor que **Clearview Diagnostic, Inc.** consideren necesarios o aconsejables.

Si tengo alguna pregunta sobre este formulario de consentimiento o sobre los servicios ofrecidos en **Clearview Diagnostic** puedo discutirlos con el médico y el técnico. He leído y entendido lo anterior. Doy mi consentimiento para participar en el estudio de imágenes me ofrecido por **Clearview Diagnostic**. Entiendo que puedo dejar imágenes de estudio en cualquier momento.

Yo, \_\_\_\_\_ soy consciente de los siguientes estudios de imagen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MRI sin contraste           | <input type="checkbox"/> MRI combinado con y sin contraste |
| <input type="checkbox"/> CT Scan sin contraste       | <input type="checkbox"/> Mamografía                        |
| <input type="checkbox"/> CT Scan con y sin contraste |  |
| <input type="checkbox"/> MRI con contraste           | <input type="checkbox"/> Ultrasonido                       |
| <input type="checkbox"/> CT Scan con contraste       | <input type="checkbox"/> Rayos X                           |
| <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo          |  |
| <input type="checkbox"/> Medicina nuclear            |  |

Con mi firma que reconozco que he sido informado de mis derechos y responsabilidades para rechazar cualquier imagen médica estudian puedo no quiero

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE O GUARDIAN**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TECNICO/TESTIGO**



## CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE LA FLORIDA

La ley de Florida requiere que su proveedor de atención médica o atención de la salud facilidades reconozcan sus derechos mientras usted está recibiendo atención médica y que usted respete del médico o centro de salud cierto comportamiento por parte de pacientes. Puede solicitar una copia del texto completo de esta ley o de su proveedor de atención médica centro de salud. A continuación un resumen de sus derechos y responsabilidades:

Un paciente tiene el derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad

El paciente tiene derecho a una respuesta pronta y razonable a las preguntas y solicitud de

El paciente tiene derecho a saber que es prestación de servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.

El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si un intérprete está disponible si él o ella no habla a Inglés.

El paciente tiene derecho a saber lo que las reglas y regulaciones aplican a su conducta.

El paciente tiene el derecho a ser dado por la información del médico sobre el diagnóstico, el curso previsto de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.

El paciente tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento, excepto que se disponga por ley.

Un paciente tiene el derecho, previa solicitud; toda la información y orientación necesaria sobre la disponibilidad de conocen recursos financieros para su cuidado.

Un paciente que sea elegible para Medicare tiene derecho a conocer, a petición y antes de tratamiento; Si el médico o centro de salud acepta la tasa de asignación de Medicare.

El paciente tiene derecho a recibir, a petición antes del tratamiento una estimación razonable de gastos de atención médica.

El paciente tiene el derecho a recibir una copia de una manera razonablemente precisa y comprensible, un proyecto de ley, a solicitar que los cargos, explicó.

Un paciente tiene el derecho al acceso imparcial para tratamiento médico o el alojamiento, independientemente de raza, origen nacional, religión, impedimento físico o fuente de pago

El paciente tiene el derecho al tratamiento de cualquier condición médica de emergencia que se deteriorará de tratamiento.

El paciente tiene el derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negativa a participar en la investigación experimental.

El paciente tiene el derecho a expresar agravios en relación con cualquier violación de sus derechos, como establece la ley de Florida, a través del procedimiento de reclamo del médico o institución médica que le sirve y a la agencia apropiada del estado.

Un paciente es responsable de proveer a la asistencia médica, a lo mejor de su conocimiento, información precisa y completa sobre las quejas presentes, más allá de las enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud

El paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición a la asistencia médica.

Un paciente es responsable de informar la médico si él o ella comprende un curso previsto de la acción y lo que se espera de él o ella.

Un paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico.

El paciente es responsable de mantener citas y, cuando él o ella es incapaz de hacerlo por cualquier motivo, para notificar el médico del centro de salud.

Un paciente es responsable de sus acciones si se niega el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico.

Un paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su o sus cuidados de salud se cumplan apropiadamente como sea posible.

Un paciente es responsable de siguiente centro de salud de normas y regulaciones que afectan a la conducta y cuidado de los pacientes.

Con mi firma, reconozco que he sido informado de mis derechos y responsabilidades a rechazar cualquier tratamiento médico que no puedo quiero.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor del paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_



8076 South Orange Blossom Trail  
Orlando FL 32809  
Phone: 407-704-3333 Fax: 407-601-1963

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LIBERACION DE EXPEDIENTES**

YO \_\_\_\_\_ DOY AUTORIZACION A \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ A LIBERAR MIS EXPEDIENTES A CLEARVIEW DIAGNOSTIC.

GRACIAS,

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA