

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

Nombre del paciente: _____ Sexo: Hombre o mujer

Dirección: _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Teléfono #: _____ SSN#: N/A _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____

Empleador: _____ Teléfono #: _____

Dirección de trabajo: _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Seguros: _____

ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre del abogado: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Fecha de la lesión: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Peso: _____ **Hora de nacimiento:** _____ **Sexo:** M F

Implantes, dispositivos y cuerpos extraños, tatuajes y piercings,

Sí No clip(s) de aneurisma

Sí No puerto vascular

Sí No marcapasos cardíaco / DCI

Sí No semillas/clips/grapas de radiación

Sí No Dispositivo electrónico/activado magnéticamente

Sí No Implantes artificiales de hueso/articulaciones

Sí No hay neuroestimulador

Sí No hay expansor tisular

Sí No implante coclear ni dispositivo auditivo

Sí No parche transdérmico

Sí No bomba de infusión

Sí No Cuerpo metálico/extraño (metralla, balas)

Sí No Prótesis

Sí No Malla quirúrgica.

Sí No Válvula cardíaca/stent/filtro/bobina

Sí No Sin DIU/diafragma/pesario

Sí No shunt

Sí No otros:

Sí No tatuajes/maquillaje permanente?

Sí No ¿Piercings Body?

Si es así, dónde y cuándo:

Si es así, dónde y cuándo:

***Nota: Puede contener pigmentos metálicos que causan calor/hormigueo; Revela por precaución. ***

Otras preocupaciones de seguridad y confort

Sí No hay lesión ocular con metal

Sí No Límites de movilidad

Sí No claustrofobia/ansiedad

Sí No ¿Te han hecho una resonancia antes? Si es así, cuándo y dónde:

Solo pacientes femeninas

Sí No ¿Estás embarazada o
posiblemente embarazada?

Sí No lactancia

Contraste de resonancia magnética (si está previsto)

Sí No Enfermedad
renal/trasplante

Sí No Enfermedad hepática grave

Sí No GFR reciente <6 semanas

Sí No hay alergia a resonancia
magnética/TAC/contraste? Describe:

Sí No HTN/diabetes

Retira todos los objetos metálicos

Quita joyas, piercings, audífonos, gafas, llaves, tarjetas de crédito, teléfonos, artículos para el pelo, herramientas, monedas, ropa con metal.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Tecnólogo: _____ **Fecha:** _____

EMBARAZO POR RESONANCIA MAGNÉTICA / POSIBLE CONSENTIMIENTO Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN (PACIENTES FEMENINAS)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

AVISO AL PACIENTE

La resonancia magnética utiliza campos magnéticos fuertes y energía de radiofrecuencia. Según el Colegio Americano de Radiología (ACR), la resonancia magnética generalmente se considera segura durante el embarazo, pero los efectos a largo plazo en el feto en desarrollo no se conocen completamente. El contraste de gadolinio generalmente se evita durante el embarazo salvo que sea necesario, ya que atraviesa la placenta y puede suponer un riesgo para el feto.

PREGUNTAS DE FILTRADO: (Iniciala cada una que se aplique)

___ actualmente estoy embarazada ___ creo que podría estar embarazada ___ no lo estoy

Si estás embarazada o crees que puedes estarlo, la resonancia solo se realizará tras una evaluación cuidadosa de riesgo-beneficio.

RIESGOS POTENCIALES DISCUTIDOS (Inicializar cada uno)

_____ Se han explicado los posibles riesgos para el feto por la exposición a la resonancia magnética.

_____ el contraste de gadolinio no se utilizará a menos que se considere médicamente necesario, y se han discutido los riesgos si se usa.

_____ Se han explicado alternativas a la resonancia magnética (como la ecografía o el TAC) cuando es aplicable.

AGRADECIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

He leído y entendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los posibles riesgos y beneficios de someterse a una resonancia magnética durante el embarazo o en un posible embarazo. Acepto voluntariamente proceder con la resonancia.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Exijo y exento de responsabilidad al centro, a su personal y a los médicos de cualquier reclamación o responsabilidad derivada de someterse a esta resonancia durante el embarazo o posible embarazo, salvo en casos de negligencia grave o conducta indebida intencionada.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

USO SOLO DE LA INSTALACIÓN

- Evaluación de riesgo-beneficio completada y documentada
- Opciones alternativas de imagen consideradas y documentadas
- Uso de contraste de gadolinio aprobado por el médico que lo solicita (si procede)
- Consentimiento firmado escaneado en el historial del paciente

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

Formulario de consentimiento de emergencia y exención de responsabilidad para resonancia magnética

Implante o dispositivo desconocido / no identificable (ortopédico, fragmento metálico o dispositivo electrónico)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____ **NACIMIENTO:** _____

AVISO AL PACIENTE

Tienes un implante u objeto metálico en tu cuerpo cuyo tipo, fabricante o calificación de seguridad en una resonancia magnética exacta no pueden confirmarse. Esto puede incluir hardware ortopédico, fragmentos metálicos (como metralla) o un dispositivo electrónico (como un marcapasos, desfibrilador, neuroestimulador o implante coclear). Dado que el estado de seguridad de este implante/dispositivo en la resonancia magnética es desconocido, existe cierto nivel de riesgo al proceder con la resonancia.

CLÁUSULA SOLO DE EMERGENCIA

Esta resonancia se realiza en circunstancias de emergencia porque el beneficio potencial para mi salud inmediata supera los riesgos potenciales. Retrasar la resonancia podría causar daños graves, discapacidad o la muerte.

RIESGOS POTENCIALES (Iniciala cada uno que se aplica)

Para herrajes ortopédicos / fragmentos metálicos:

- _____ Movimiento o desplazamiento del objeto/implante
- _____ Calentamiento del objeto o del tejido circundante
- _____ Distorsión de las imágenes de la resonancia magnética, afectando al diagnóstico
- _____ Lesión en tejido u órganos circundantes

Para dispositivos electrónicos implantables:

- _____ Avería del dispositivo o activación/desactivación no intencionada
- _____ Calentamiento de componentes o cables del dispositivo
- _____ Interrupción del funcionamiento del dispositivo durante la resonancia magnética
- _____ Distorsión de las imágenes de la resonancia magnética, afectando al diagnóstico

- _____ Nada de lo anterior se aplica

USO SOLO DE LA INSTALACIÓN

- Evaluación de riesgo-beneficio completada y documentada
- Imagen (radiografía/TC) para localizar el implante/fragmento completada
- Alternativas discutidas y documentadas
- Explicación verbal de los riesgos proporcionada por el paciente
- Consentimiento firmado escaneado en el historial médico

Formulario de consentimiento de emergencia y exención de responsabilidad para resonancia magnética (continuación)

Implante o dispositivo desconocido / no identificable (ortopédico, fragmento metálico o dispositivo electrónico)

ALTERNATIVAS

Métodos de imagen alternativos pueden incluir TAC, ecografía o radiografía. En esta emergencia, se han considerado y determinado que estas alternativas no proporcionan información diagnóstica adecuada.

AGRADECIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo los riesgos anteriores, que el estado de seguridad del implante/dispositivo es desconocido y que este escaneo se realiza por motivos médicos urgentes. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas han sido respondidas. Acepto los riesgos y acepto continuar.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Exonero y exijo de responsabilidad al centro, a su personal y a los médicos de cualquier reclamación o responsabilidad por lesiones o daños que puedan ocurrir por esta resonancia, salvo en casos de negligencia grave o mala conducta intencionada.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Formulario de autorización

Al firmar este formulario, usted consiente que **Nations Imaging** utilice y divulgue su salud y atención médica a su abogado, médico que lo remita y/o al radiólogo que lea la resonancia magnética y prepare el informe leído. Esta información es para el tratamiento y las operaciones relacionadas con tu salud.

Nations Imaging, así como otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener confidencial toda la información relacionada con tu salud. Si autorizas la divulgación de información médica a alguien que no está obligado por ley a conservarla de tal manera, tu información puede perder la protección que ofrece la Ley de Derechos de Autor.

MIS DERECHOS:

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, los planes de pago o la cualificación para las prestaciones no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, salvo en los siguientes casos. 1) tratamientos relacionados con la investigación médica. 2) Obtener información directamente relacionada con la elegibilidad para el plan de salud. 3) Determinación de la obligación de una entidad pública o privada en el pago de una reclamación 4) Crear información sanitaria y proporcionarla a una tercera entidad.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación a **California Medical MRI, dba Nations Imaging**, 20 Wilcox St, Ste 111, Castle Rock, CO 80104. Dicha revocación tendrá efecto tras su recepción por **Nations Imaging**, salvo en la medida en que otras personas hayan actuado en virtud de dicha autorización.

Puedo obtener una copia de esta autorización.

Por favor, haz una selección a continuación:

- Autorizo a Nations Imaging a utilizar y divulgar mi información médica y de salud proporcionada según lo definido por las leyes estatales y federales de confidencialidad, junto con mi abogado y/o psiquiatra que me remite.
- No autorizo a Nations Imaging a utilizar y divulgar mi información médica y de salud proporcionada según lo definido por las leyes estatales y federales de privacidad.

Nombre impreso: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

Autorización para el uso o divulgación de información sanitaria protegida

Completar este documento autoriza a esta empresa a utilizar o divulgar información sanitaria sobre usted. No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta Autorización.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Uso o divulgación de PHI

Por la presente autorizo: California Medical MRI, dba Nations Imaging a facilitar la información sanitaria descrita a continuación a la siguiente persona u organización:

Nombre/Título de la persona que recibirá la información

Información a utilizar o divulgar: (revisa todo lo que corresponde)

_____ Toda la información sanitaria relacionada con mi historial médico, mental o físico estado y tratamiento recibido.

_____ Solo los registros específicos o tipos de información que se detallan a continuación:

_____ Evaluación/Evaluación _____ Diagnóstico _____ Medication Historia
_____ Resultados de laboratorio _____ Tratamiento _____ Registros de Imagen
_____ Otros (especificar): _____

La siguiente información no será facilitada a menos que complete una autorización separada. Si desea autorizar la divulgación de esta información, pida al personal de la empresa el formulario de autorización correspondiente.

_____ Resultados de las pruebas de VIH/SIDA
_____ Notas de psicoterapia

Propósito

El propósito del uso o divulgación solicitado es (**revisa todo lo que se aplica**):

_____ Solicitud de un individuo _____ Solicitud de proveedor de atención sanitaria
_____ Other legal (especificar): _____

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

Fecha de caducidad

Esta autorización es válida durante un (1) año desde la fecha de firma.

Mis derechos respecto a esta autorización

Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- Puede que me niegue a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para prestaciones a menos que: (i) mi tratamiento esté relacionado con investigación y entonces no se me permitirá recibir tratamiento sin firmar esta Autorización o (ii) si/cuando reciba atención sanitaria únicamente con el propósito de crear información para su divulgación a un tercero y entonces puede que no reciba atención a menos que firme la Autorización.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información sanitaria que permito el uso o divulgación.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito, firmada por mí o por mi representante personal, y entregada, enviada por correo, correo electrónico o fax a:

La empresa: California Medical MRI, dba Nations Imaging
Atención: Responsable de Seguridad y Privacidad HIPAA
Dirección: 20 Wilcox St, Ste. 111, Castle Rock, CO 80104
Número de teléfono de la oficina: 888-811-1011

Dirección de correo electrónico: safety.compliance@nationsmri.com

- Entiendo que la información revelada como resultado de esta autorización podría ser redivulgada por el destinatario. Entiendo que si autorizo la divulgación de información sanitaria a una persona que no está legalmente obligada a mantenerla confidencial, puede que ya no esté protegida por leyes estatales o federales.
- He leído y comprendo los términos de esta Autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información médica.

Firma: _____

Fecha: _____

Si está firmado por alguien distinto a la persona a la que corresponde la información sanitaria, indique el nombre, la relación y la autoridad para firmar la autorización en nombre de la persona, y adjunte cualquier documentación de apoyo a esta solicitud:

Nombre: _____

Relación: _____

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI Y CÓMO PUEDES ACCEDER A LA INFORMACIÓN DEL TIHS. **POR FAVOR, REVÍSALO DETENIDAMENTE.**

En este aviso utilizamos los términos "Empresa", "nosotros", "nosotras" o "nuestro" para describir **la resonancia magnética médica de California, dba Nations Imaging.**

I. ¿QUÉ ES LA "INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA"?

Estamos dedicados a mantener la privacidad de tu información sanitaria protegida ("PHI"). PHI es información sobre ti que puede utilizarse para identificarte (como tu nombre, número de la seguridad social o dirección), y que se relaciona con (a) tu salud o condición física o mental pasada, presente o futura, (b) la prestación de atención sanitaria, o (c) tu pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención sanitaria. Al llevar a cabo sus actividades, podemos recibir y crear registros que contengan su PHI. La PHI puede ser oral, escrita o electrónica. Ejemplos de PHI incluyen tu historial médico, el historial de reclamaciones y las comunicaciones entre tú y tu proveedor sanitario sobre tu atención. Por ley estamos obligados a mantener la privacidad de tu PHI y a notificarte sus obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a tu PHI.

II. SOBRE NUESTRA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER TU PHI

Por ley, debemos hacerlo

1. proteger la privacidad de tu PHI;
2. te informaremos sobre tus derechos y nuestros deberes legales respecto a tu PHI;
3. notificarte si hay una violación de tu PHI no garantizada; y
4. Cuéntate sobre nuestras prácticas de privacidad y sigue nuestro aviso vigente.

Tomamos estas responsabilidades en serio y hemos implementado salvaguardas administrativas (como formación en concienciación de seguridad y políticas y procedimientos), salvaguardas técnicas (como cifrado y contraseñas) y salvaguardas físicas (como áreas cerradas y requisitos de placas) para proteger tu PHI y, como en el pasado, seguiremos tomando las medidas adecuadas para salvaguardar la privacidad de tu PHI.

Debemos cumplir con los términos de este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso está vigente desde la fecha indicada anteriormente hasta que lo sustituyamos. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que los cambios cumplan con la legislación aplicable. Si cambiamos los términos de este Aviso, los nuevos términos se aplicarán a todas las PHI que mantenga, incluidas las PHI creadas o recibidas antes de que se realizaran dichos cambios. Si modificamos este Aviso, publicaremos el nuevo Aviso en nuestra página web y lo pondremos a disposición si lo solicitamos.

III. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR TU PHI

Tu confidencialidad es importante para nosotros. Nuestros clínicos y empleados están obligados a mantener la confidencialidad de la PHI de nuestros miembros/pacientes, y contamos con políticas, procedimientos y otras salvaguardas para ayudar a proteger tu PHI del uso y divulgación indebidos. A veces, por ley, podemos usar y divulgar ciertas PHI sin tu permiso por escrito. A continuación describimos brevemente estos usos y divulgaciones y te damos algunos ejemplos.

La cantidad de PHI que se utilice o divulgue sin tu permiso por escrito variará, por ejemplo, en función del propósito previsto del uso o divulgación. A veces solo necesitamos usar o divulgar una cantidad limitada de información de información anticipada, como enviarte un recordatorio de cita. En otras ocasiones, puede que necesitemos usar o divulgar más información de PHI, como cuando estamos proporcionando tratamiento clínico.

- 1) **Tratamiento, pago y operaciones sanitarias.** La empresa está autorizada a utilizar y divulgar su PHI para fines de (a) tratamiento, (b) pago y (c) operaciones sanitarias. Por ejemplo:
 - **Tratamiento.** La empresa puede revelar tu PHI a un médico en relación con la prestación de tratamiento.
 - **Pago.** La empresa puede utilizar y divulgar tu PHI a tu aseguradora o plan de salud en relación con el procesamiento y pago de reclamaciones y otros cargos.
 - **Operaciones sanitarias.** La empresa puede utilizar y divulgar tu PHI en relación con sus operaciones sanitarias, como la prestación de servicios al cliente y la realización de evaluaciones de calidad. La Compañía puede contratar a terceros para que presten diversos servicios a la Compañía. Si algún tercero debe tener acceso a su PHI para poder prestar sus servicios, la empresa exigirá a ese tercero que firme un acuerdo que obligue al tercero a cumplir con las restricciones de uso y divulgación recogidas en este Aviso.
- 2) **Asociados de negocios:** Podemos contratar a socios comerciales para realizar ciertas funciones u actividades en nuestro nombre, como operaciones de pago y atención sanitaria. Estos socios comerciales deben comprometerse a proteger tu PHI.
- 3) **Recordatorios de citas:** Podemos utilizar tu PHI para contactarte y pedir citas para tratamiento u otra atención sanitaria que puedas necesitar.
- 4) **Verificación de identidad:** Podemos fotografiarte con fines de identificación, almacenando la foto en tu historial médico. Esto es para tu protección y seguridad, pero puedes optar por no hacerlo.
- 5) **Autorización.** La empresa puede usar y divulgar su PHI previa autorización por escrito, en la medida en que dicho uso o divulgación sea compatible con su autorización. Puedes revocar cualquier autorización de este tipo en cualquier momento.
- 6) **Según lo exige la ley.** La empresa puede utilizar y divulgar tu PHI en la medida en que lo requiera la ley.
- 7) **Circunstancias especiales.** Las siguientes categorías describen circunstancias únicas en las que la empresa puede utilizar o divulgar su PHI, incluyendo:
 - **Actividades de salud pública.** La empresa puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales con fines como prevenir y controlar enfermedades, denunciar abuso o negligencia infantil, denunciar violencia doméstica y denunciar a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre la calidad, seguridad y eficacia de un producto o actividad regulada. La empresa puede, en determinadas circunstancias, divulgar la información de interés personal a personas que hayan estado expuestas a una enfermedad transmisible o que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
 - **Compensación de Trabajadores.** La empresa puede divulgar su PHI según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con los programas de compensación laboral y otros programas similares relacionados con enfermedades o lesiones laborales.
 - **Actividades de supervisión sanitaria.** La empresa puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas como auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y acciones disciplinarias relacionadas con el sistema sanitario o programas de beneficios gubernamentales.
 - **Procedimientos judiciales y administrativos.** La empresa puede divulgar su información de información (PHI) en determinadas circunstancias, según lo permita la ley aplicable, en respuesta a una orden de un tribunal o agencia administrativa, o en respuesta a una citación judicial o solicitud de descubrimiento.
 - **Fuerzas del orden.** La empresa puede, bajo determinadas circunstancias, revelar su PHI a un agente de la ley, como para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
 - **Descendientes.** La empresa puede, bajo determinadas circunstancias, divulgar información de información pública a forenses, forenses médicos y directores funerarios para fines como la

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

identificación, la determinación de la causa de la muerte y el cumplimiento de funciones relacionadas con los fallecidos.

- **Consecución de órganos.** La empresa puede, bajo ciertas circunstancias, utilizar o divulgar PHI con fines de donación y trasplante de órganos.
- **Investigación.** La empresa puede, bajo determinadas circunstancias, utilizar o divulgar la información de FI necesaria para fines de investigación.
- **Amenaza para la salud o la seguridad.** La empresa puede, bajo determinadas circunstancias, utilizar o divulgar PHI si es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** La compañía puede, en determinadas situaciones, utilizar y divulgar PHI de personas que están, o estuvieron, en las Fuerzas Armadas con fines como asegurar la correcta ejecución de una misión militar o determinar el derecho a beneficios. La empresa también puede divulgar PHI a funcionarios federales para fines de inteligencia y seguridad nacional.

IV. TODOS LOS DEMÁS USOS Y DIVULGACIONES DE TU PHI REQUIEREN TU AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO

Excepto por los usos y divulgaciones descritos anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos tu PHI sin tu autorización por escrito. Algunos casos en los que podemos solicitar su autorización para el uso o divulgación de PHI son:

1. **Marketing:** Podemos pedirte autorización para proporcionar información sobre productos y servicios que te interese comprar o utilizar. Ten en cuenta que las comunicaciones de marketing no incluyen que te contactemos con información sobre alternativas de tratamiento, medicamentos recetados que tomes ni productos o servicios relacionados con la salud que ofrecemos o que solo están disponibles para los inscritos en nuestro plan de salud. El marketing tampoco incluye conversaciones cara a cara que puedas tener con tus proveedores sobre productos o servicios.
2. **Notas de psicoterapia:** En raras ocasiones, podemos pedirte autorización para usar y divulgar "notas de psicoterapia". La ley federal de privacidad define "notas de psicoterapia" muy específicamente como notas hechas por un profesional de la salud mental que graban conversaciones durante sesiones privadas o grupales de asesoramiento que se mantienen separadas del resto de tu historial médico.

Cuando se requiera su autorización y nos autoriza a usar o divulgar su PHI para algún propósito, puede revocar esa autorización notificándonos por escrito en cualquier momento. Tenga en cuenta que la revocación no se aplicará a ningún uso autorizado o divulgación de su PHI que haya tenido lugar antes de que recibiéramos su revocación.

V. TUS DERECHOS RESPECTO A TU PHI

Esta sección te explica tus derechos respecto a tu PHI y describe cómo puedes ejercerlos.

- 1) **Comunicación confidencial.** Tienes derecho a recibir comunicaciones confidenciales de tu PHI. Puede solicitar que la Compañía se comunique con usted por medios alternativos o en un lugar alternativo, y la Compañía atenderá sus solicitudes razonables. Debe presentar su solicitud por escrito a la empresa.
- 2) **Restricciones.** Tienes derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de PHI para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. También tienes derecho a solicitar que la empresa limite sus divulgaciones de PHI solo a ciertas personas involucradas en tu cuidado o en el pago de tu atención. Debe presentar su solicitud por escrito a la empresa. La empresa no está obligada a cumplir con su solicitud. Sin embargo, si la Compañía acepta cumplir con su solicitud, estará obligada por dicho acuerdo, salvo cuando la ley lo requiera o en caso de emergencia.
- 3) **Inspección y copias.** Tienes derecho a inspeccionar y copiar tu PHI. Debe presentar su solicitud por escrito a la empresa. La empresa puede imponer una tarifa por los costes de copia, envío, mano de obra y suministros asociados a tu solicitud. La empresa puede denegar tu solicitud de inspección y/o copia

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

de tu PHI en ciertas circunstancias limitadas. Si eso ocurre, la empresa te informará del motivo de la denegación y podrás solicitar una revisión de la denegación.

- 4) **Enmienda.** Tiene derecho a solicitar que la Compañía modifique su PHI si considera que es incorrecta o incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la Compañía mantenga la información. Debe presentar su solicitud por escrito a la empresa y proporcionar una razón para apoyar la enmienda solicitada. La empresa puede, en determinadas circunstancias, denegar su solicitud enviándole un aviso escrito de denegación. Si la empresa denega su solicitud, se le permitirá presentar una declaración de desacuerdo para su inclusión en sus registros.
- 5) **Contabilidad de Divulgaciones.** Tienes derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones que la empresa ha hecho sobre tu PHI. Sin embargo, ese derecho no incluye las divulgaciones hechas para tratamiento, pago o operaciones sanitarias, las divulgaciones hechas a ti sobre tu tratamiento, las divulgaciones hechas conforme a una autorización y ciertas otras divulgaciones. Debe presentar su solicitud por escrito a la empresa y especificar el periodo de tiempo implicado (que debe ser inferior a seis años desde la fecha de la divulgación). Tu primera contabilidad será gratuita. Sin embargo, la empresa puede cobrarle los costes asociados al cumplimiento de cualquier solicitud adicional realizada en un plazo de 12 meses. La empresa te informará de estos costes con antelación, para que puedas retirar o modificar tu solicitud y así ahorrar costes.
- 6) **Notificación de brecha.** Tienes derecho a ser notificado en caso de que la Empresa (o un Socio Comercial de la Compañía) descubra una infracción de la PHI no garantizada.
- 7) **Copia en papel.** Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso de la Compañía en cualquier momento previa solicitud. Para obtener una copia en papel de este aviso, por favor contacte con la Compañía llamando al (888-811-1011).

VI. **CÓMO CONTACTARNOS SOBRE ESTE AVISO O PARA RECLAMAR NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, escríbenos a 20 Wilcox St. Ste, 111, Castle Rock, CO 80104. O háznoslo saber llamándonos al 888-811-1011. También puede notificar al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Ten en cuenta que no tomaremos medidas de represalia contra ti si presentas una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

VII. **CAMBIOS EN ESTE AVISO**

Podemos modificar este aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre que el cambio sea coherente con la legislación estatal y federal. Cualquier notificación revisada se aplicará tanto a la PHI que ya tenemos sobre ti en el momento del cambio, como a cualquier PHI creada o recibida después del cambio que entre en vigor. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos rápidamente este aviso y pondremos el nuevo aviso disponible en nuestra página web en nationsmri.com. Excepto por los cambios exigidos por la ley, no implementaremos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad antes de revisar este aviso.

VIII. **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Si desea más información sobre sus derechos de privacidad, por favor contáctenos llamando al (888)811-1011 y solicite hablar con el Responsable de Seguridad y Privacidad de HIPAA. En la medida en que se requiera enviar una solicitud por escrito a Nations Imaging para ejercer cualquier derecho descrito en este Aviso, debe presentar su solicitud a safety.compliance@nationsmri.com.

IX. **FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO**

Este aviso entra en vigor en marzo de 2026.

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

**Imágenes de Naciones
Formulario de Cesión de Beneficios**

Exactitud de la información

Toda la información que he proporcionado a Nations Imaging en relación con los servicios sanitarios que me proporcionará Nations Imaging, incluyendo sin limitaciones los médicos, financieros, planes de beneficios sanitarios, planes de beneficios para empleados y coberturas de seguro, según corresponda, es precisa, completa y no engañosa. Informaré a las Naciones de cualquier cambio en la información que he proporcionado.

Responsabilidad financiera

He solicitado servicios de salud a Nations Imaging en nombre mío y/o de mis dependientes. Entiendo que al hacer esta solicitud, me convierto en la responsabilidad financiera total de todos los gastos incurridos durante el curso del tratamiento autorizado. Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente y se deben en el momento del servicio. Acepto pagar todos estos cargos en su totalidad tras la presentación de la declaración correspondiente, salvo que se acorde lo contrario antes del tratamiento. En tales casos, se completarán los formularios requeridos para presentar los pagos a la aseguradora.

Asignación de prestaciones

Por la presente cedo y transfiero a Nations Imaging todos los beneficios médicos, pagos de seguros y cualquier otro pago o reembolso al que tenga derecho por los servicios prestados por Nations Imaging. También autorizo y ordeno a mi aseguradora, plan de beneficios, administrador del plan, fiduciario del plan, administrador tercero, abogados, agentes y sucesores interesados para que liberen y divulguen a Nations Imaging cualquier póliza de seguro, descripción de cobertura, plan de beneficios, explicación de beneficios u otra información relacionada con mis beneficios u otros derechos de seguro de manera oportuna, previa solicitud de Nations Imaging. He designado a Nations Imaging como mi representante designado, y Nations Imaging está autorizada para actuar en mi nombre conforme a esta asignación. Por la presente autorizo y ordeno a mi aseguradora emitir el pago directamente a Nations Imaging. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no cubra el seguro.

Autorización para Divulgar Información

Por la presente autorizo a Nations Imaging a: (1) divulgar cualquier información a las aseguradoras, independientemente de mi diagnóstico y tratamientos y según sea necesario para determinar mis beneficios y cobertura de seguro para los servicios prestados por Nations Imaging; (2) tramitar reclamaciones de seguros generadas durante el examen y/o tratamiento; y (3) permitir que una fotocopia de mi firma se utilice para tramitar reclamaciones de seguros durante el periodo de vida. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Nombre del paciente/responsable: _____

Firma del paciente/parte responsable: _____

Fecha: _____

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

ACUERDO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje

Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o se prestaron de manera indebida, negligente o incompetente, se resolverá mediante la somisión al arbitraje según lo previsto por la ley estatal y federal, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, salvo que la ley estatal y federal prevea la revisión judicial de los procedimientos arbitrales. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo sea resuelta en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas

También se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si la disputa está sujeta a arbitraje, y las disputas procesales, también se resolverá mediante la presentación de arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes respecto a todas las reclamaciones, incluidas las que surjan de o relacionadas con tratamientos o servicios prestados por el proveedor sanitario, incluyendo a cualquier heredero o cónyuge(s) pasado, presente o futuro del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida del consorcio. Este acuerdo también pretende vincular a cualquier hijo del paciente, ya sea nacido o no nacido en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo tiene como objetivo vincular al paciente y al proveedor de atención sanitaria y/o a otros profesionales sanitarios autorizados o internos de preceptoría que, ahora o en el futuro, tratan al paciente mientras están empleados, trabajan o están asociados o sirven como respaldo para el proveedor sanitario, incluyendo a quienes trabajan en la clínica o oficina del proveedor de atención sanitaria o en cualquier otra clínica u oficina, sean firmantes de este formulario o no. Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamaciones menores contra el proveedor de atención sanitaria y/o sus asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio, deben ser arbitradas, incluyendo, sin limitación, reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos.

Artículo 3: Procedimientos y legislación aplicable

La demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Las partes harán todo lo posible para ponerse de acuerdo sobre un árbitro. Si no pueden ponerse de acuerdo en un plazo de sesenta (60) días desde la demanda, cada parte seleccionará a un árbitro (árbitro de las partes) en un plazo de treinta (30) días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los dos árbitros designados por las partes en un plazo de treinta (30) días posteriores. El árbitro neutral será entonces el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte del arbitraje deberá pagar la parte proporcional de dicha parte de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados o testigos, u otros gastos incurridos por una parte en beneficio propio de dicha parte. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de dividir las cuestiones de responsabilidad y daños mediante solicitud escrita al árbitro neutral.

Las partes consienten la intervención y adhesión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y ante dicha intervención y adhesión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional quedará suspendida hasta la espera del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la Ley de Reforma de Compensación por Lesiones Médicas de California ("MICRA") se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a, secciones

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

que establezcan el derecho a presentar pruebas de cualquier cantidad pagadera como beneficio al paciente según lo permitido por la ley (Código Civil § 3333.1), la limitación para la recuperación por pérdidas no económicas (Código Civil § 3333.2), y el derecho a conceder sentencia por daños futuros conforme a pagos periódicos (CCP § 667.7). Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la American

La Asociación de Arbitraje rejerá cualquier arbitraje realizado conforme a este Acuerdo de Arbitraje. Las partes coinciden en que la falta de aplicación de MICRA por parte del árbitro a los términos del arbitraje es susceptible de revisión judicial como un acto que excede las competencias del árbitro.

Artículo 4: Disposición General

Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Una reclamación será renunciada y quedará prohibida para siempre si: (1) en la fecha en que se reciba el aviso, la reclamación, si se presenta en una acción civil, quedaría prohibida por el plazo legal aplicable, o (2) el demandante no presenta la reclamación de arbitraje conforme a los procedimientos aquí prescritos con una diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación

Este acuerdo podrá ser revocado mediante notificación por escrito entregada al proveedor sanitario en un plazo de treinta (30) días desde la firma y, si no es revocado, rejererá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Separabilidad: Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje es considerada inválida o inaplicable, las demás disposiciones permanecerán plenamente vigentes y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

Artículo 7: Acuse de agradecimiento: El paciente ha tenido la oportunidad de leer y revisar este acuerdo y comprende toda la información contenida en él. En el caso de cualquier mujer embarazada, el término "paciente" tal como aquí se usa significa tanto la madre como el hijo o los hijos esperados de la madre.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO ACEPTAS QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA MÉDICA SEA RESUELTO MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIAS A TU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O EN UN TRIBUNAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

DEACUERDO:

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

SI ESTÁ FIRMADO POR ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE, INDICA NOMBRE Y RELACIÓN*

Nombre: _____ **Relación:** _____

*(DEBE DEMOSTRAR AUTORIDAD LEGAL PARA FIRMAR)

FIRMA DE PRÁCTICA: _____ **FECHA:** _____

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

FORMULARIO DE ACUERDO DEL PACIENTE

Pruebas diagnósticas, consentimiento médico

Consiento la administración y realización de todos los procedimientos diagnósticos que, a juicio de su médico/profesional sanitario, se consideren necesarios y aconsejables. También estoy de acuerdo en que si decido marcharme sin recibir tratamiento y/o sin el consentimiento de mi médico, el Centro de Diagnóstico de Imagen no será responsable de ninguna consecuencia de esa decisión.

Consentimiento para la liberación de registros de imagen

Los registros originales de imagen son propiedad del Centro de Diagnóstico de Imagen. A mi petición, el Centro de Diagnóstico de Imagen publicará los registros de imagen para servir a mi mejor interés. Una vez que los registros de imagen se me entreguen como paciente, mi proveedor remitente o destinatario autorizado, entiendo que no haré responsable al Centro de Diagnóstico de Imagen por todas las reclamaciones conocidas o desconocidas que puedan surgir si los registros de imagen se pierden o se pierden. Los registros de imagen pueden duplicarse a un coste vigente que no exceda los 30,00 \$ por CD.

Aviso al Contratista Independiente

Los radiólogos, tecnólogos, médicos y otros profesionales sanitarios especializados que prestan servicios en las instalaciones del Centro de Imagen Diagnóstica son contratistas independientes y no son empleados ni agentes del Centro de Imagen Diagnóstica. Los contratistas independientes y los profesionales son responsables de sus propias acciones. El Centro de Diagnóstico de Imagen no se hace responsable por los actos u omisiones de ningún de estos contratistas o profesionales independientes.

Liberación de información y consentimiento según la HIPAA

Para obtener el reembolso, entiendo que partes de mi historial médico pueden ser divulgadas a cualquier persona o empresa (o a cualquier agente afiliado a ellas) por parte total o parcial de los cargos por parte del Centro de Diagnóstico con fines de pago, tratamiento u operaciones, tal y como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA ("Aviso de Prácticas de Privacidad"). incluyendo, pero no limitándose a, compañías de seguros, planes de servicios sanitarios, aseguradoras de compensación laboral y empleadores. Por la presente reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en la zona de recepción y que se me ofrecerá una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado en cada cita del paciente a petición.

Asignación de prestaciones

Por los servicios prestados aquí, autorizo que cualquier pago que me pague por mi compañía de seguros o parte financiera responsable será remitido al Centro de Imagen Diagnóstica y a sus médicos afiliados. El pago no superará los cargos habituales del Centro de Diagnóstico por el tratamiento. Entiendo que soy responsable financieramente ante The Diagnostic Imaging Center y sus afiliados por los cargos que no cubre mi aseguradora.

Acuerdo Financiero

Teniendo en cuenta los servicios prestados, entiendo y acepto que soy responsable financieramente (el que se puede firmar puede ser paciente, agente o parte responsable financiera) de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro. De acuerdo con las tarifas y condiciones actuales de la póliza de seguro médico, todos los pagos y/o saldo adeudados deben ser remitidos y pagados a El Centro de Diagnostico. TODOS LOS COPAGOS DEBEN SER VENCIDOS Y PAGADEROS EN EL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN. En algunos casos, mi compañía de seguros puede aplicar un copago o una responsabilidad del paciente una vez que la reclamación se tramita (es decir, después de la fecha de servicio). Reconozco y acepto que soy financieramente responsable de todos los copagos aplicables y pagos de responsabilidad del paciente relacionados con los servicios prestados. Si es necesario utilizar un abogado para hacer cumplir este acuerdo, o cobrar cualquier sentencia basada en él, entonces seré responsable y responsable financieramente de todos los costes judiciales y honorarios de abogados acumulados.

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

Autorización para transferir fondos

Entiendo que si aparece un saldo de crédito en mi cuenta con el Centro de Diagnóstico, autorizo el uso del saldo crediticio para que se aplique a cualquier saldo pendiente debido al Centro de Diagnóstico. Una vez que todas las reclamaciones hayan sido

procesado, puede que reciba un reembolso del Centro de Diagnóstico de Imagen por cualquier exceso de fondos pagados en el momento del servicio antes de la presentación de la reclamación.

Consentimiento para la adquisición de registros médicos

Para proporcionar la lectura más precisa posible de mis estudios actuales y asegurar que recibo la atención de la más alta calidad, consiento que el Centro de Diagnóstico de Imagen obtenga cualquiera de mis imágenes anteriores, informes de radiología, informe de patología o resultados de intervenciones quirúrgicas de instalaciones externas para compararlos con mis estudios actuales y/o hacer seguimiento de resultados anormales.

Certificación

Certifico que he leído, aceptado y leído todos los términos y condiciones anteriores y puede que reciba una copia de este acuerdo si lo solicito.

Paciente, o agente o representante del paciente: _____

Fecha: _____

*Si el paciente es menor, el padre, un tutor legal o una persona autorizada por ellos debe firmar por escrito.

*Si el paciente es incompetente, debe firmar por escrito un tutor legal, un curador o una persona autorizada por ellos.

TECNÓLOGO EN FORMACIÓN: RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

AVISO AL PACIENTE

Esta instalación es un centro de formación para tecnólogos en resonancia magnética en formación. Como parte de su formación clínica, pueden participar en procedimientos de pacientes bajo supervisión directa de un tecnólogo de resonancia magnética y/o radiólogo licenciados y certificados.

ACUSE DE RECONOCIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

- Entiendo que un tecnólogo en resonancia magnética en formación puede ayudarme o realizar aspectos de mi procedimiento de imagen.
- Entiendo que toda la actividad formativa se realiza bajo la supervisión de personal autorizado para garantizar mi seguridad y el cumplimiento de las normas médicas.
- Consiento recibir servicios que involucren a un tecnólogo en formación como parte del proceso de resonancia magnética.
- Exonero y exijo de responsabilidad a la instalación, a sus empleados, al personal supervisor y al tecnólogo en formación de cualquier reclamación o responsabilidad derivada o relacionada con riesgos ordinarios asociados con procedimientos de imagen basados en la formación, incluyendo pero no limitándose a molestias menores, tiempo prolongado en el procedimiento o errores relacionados con la formación, siempre que no haya negligencia grave ni mala conducta intencionada.
- Entiendo y reconozco que esta renuncia se aplica a posibles reclamaciones por lesiones personales derivadas de la implicación de tecnólogos en formación, excluyendo casos que impliquen negligencia grave o daño intencionado.

RECONOCIMIENTO GENERAL DE RIESGO

Entiendo que entrar en una sala de resonancia magnética implica exposición a un entorno magnético de alta intensidad y a riesgos físicos potenciales como peligros de tropiezos, exposición al ruido e interacción con equipos especializados. Acepto seguir todas las instrucciones de seguridad proporcionadas por el personal de resonancia magnética y reconocer estos riesgos generales como parte del proceso de imagen.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Confirmando que he leído este formulario en su totalidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entender la naturaleza de mi examen de resonancia magnética y el papel de los tecnólogos en formación. Consiento voluntariamente proceder y acepto los términos mencionados anteriormente.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Los documentos del paciente caducan tras un (1) año de firma fechada

(888) 811-1011 ● documents@nationsmri.com

PRUEBA DE CD / COMPROBANTE DE CD

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de examen: _____

Examen: **RESONANCIA MAGNÉTICA O RADIOGRAFÍAS**

Doctor de referencia: _____

- Reconozco que me dieron un CD con las imágenes al final de **TODOS** mis estudios. Me cobrarán 30 dólares por cualquier copia adicional o si pierdo el CD.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

SOLO USO DE OFICINA

Tecnólogo / Oficial de Seguridad en Resonancia Magnética realizará:

- Autorizado para resonancia
- magnética requiere una evaluación adicional
 - Implante o dispositivo desconocido/no identificable
 - Reseñado y completado
 - Embarazo o posible embarazo
 - Resonancia magnética revisada y completada
 - MRI contraindicada

Detalles:

Nombre del tecnólogo: _____

Firma del tecnólogo: _____ **Fecha:** _____

Iniciales de recepción: _____ **Fecha:** _____