

Nombre del paciente: _____

ID del paciente: _____

Fecha de servicio: _____

CPT(s): _____

Examen(es): _____

Precio: _____

Renuncia de Derechos Previa a la Autorización y Acuerdo de Pago

Solicito recibir servicios de atención médica por parte de Southwest Diagnostic Imaging, LLC, que opera bajo el nombre comercial Southwest Medical Imaging, antes de obtener la autorización requerida de mi compañía de seguro médico, _.

Entiendo que mi compañía de seguro médico puede denegar la solicitud de autorización previa si considera que los servicios no son médicamente necesarios, son de carácter experimental, o por otras razones determinadas por mi plan de salud, lo cual resultaría en la no cobertura de dichos servicios.

Acepto ser personalmente responsable por estos servicios en caso de que mi compañía de seguro médico se niegue a hacerse cargo.

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de este documento antes de mi examen y que acepto ser responsable financieramente de cualquier cargo que no sea reembolsado por mi compañía de seguro médico.

Firma: _____

Fecha: _____