

Política de liberación de rayos x

Esta Oficina toma rayos x (radiografías) cuando sea médicamente necesario. Nuestra política de rayos x y copias de notas siguen ley estatal.

Salud y Bienestar

191.227 Médicos para ser lanzado al paciente, cuando, libre de excepción permitida, responsabilidad de la cantidad de proveedor limitado. – 1. Todos los médicos, quiroprácticos, hospitales, dentistas y otros profesionales debidamente autorizados en este estado, aquí llamado “proveedores”, a solicitud escrita de un paciente, o tutor o representante legalmente autorizado de un paciente, proporcionará una copia de su Acta de ese paciente historial médico y tratamiento a la persona que presenta una solicitud por escrito, salvo que tal derecho se limitará a consistente con tratamiento terapéutico de sonido y la condición del paciente, según lo determinado por el proveedor de acceso. Comenzando el 28 de agosto de 1994, dicho registro deberá presentarse dentro de un plazo razonable de la recepción de la solicitud, por tanto y previo pago de una tarifa de manipulación de quince dólares más una tasa de 35 centavos por página para copias de documentos en un estándar fotocopia máquina.

2. Sin perjuicio de las disposiciones de esta sección por el contrario, los proveedores podrán cobrar el costo razonable de todas las duplicaciones de material de registro médico o información que rutinariamente no puede ser copiada e duplicada en una fotocopidora comercial estándar.

3. La transferencia del registro del paciente hecho de buena fe no prestarán el proveedor responsable de las consecuencias que resultaron o resulten de divulgación del registro del paciente como requerido por esta sección para el paciente o cualquier otra persona. (L. 1988 H.B. 925 § 1, A.L. 1994 H.B. 1427)

Esta Oficina no libera radiografías originales. **VAMOS A TENER COPIAS DE LOS MISMOS EN DOS (2) DIAS HÁBILES DESPUÉS DE LA SOLICITUD. LOS GASTOS DEBEN SER PAGADOS Y ES DE 15 DÓLARES POR HOJA. EL COSTO PARA REGISTROS MÉDICOS (NOTAS) ES \$15 MÁS 35¢ POR PÁGINA.**

Comprendo esto y de acuerdo a esto.

Iniciales del paciente y fecha

VERIFICACIÓN de cobertura de seguro y la versión de pago

Lockhart Chiropractic Inc.
PO Box 792
Marshall, MO 65340-0792

Estoy de acuerdo en que la copia de la ficha de seguro es real y correcta.

Iniciales del paciente y fecha

Autorizo al médico y personal nombrado por encima de cualquier información que se consideren adecuadas sobre mi condición física y tratamiento a cualquier compañía de seguros, un abogado o un regulador para procesar cualquier solicitud de reembolso de gastos efectuados por mí por servicios profesionales prestados y crea liberar de cualquier consecuencia de los mismos. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de este acuerdo servirá como el original.

Iniciales del paciente y fecha

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR MÉDICO/CLÍNICA

Queda autorizar y pago de las prestaciones de los gastos médicos y quirúrgicos permitidas para el médico/clínica nombrada anteriormente como pago hacia el totales de los cargos de servicios profesionales prestados directo. Este pago no excederá de mi deuda a la clínica de médico. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de este acuerdo servirá como el original.

Iniciales y fecha del paciente

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Esta Oficina utiliza:

- Una hoja abierta para firmas
- Llamamos a personas por su primer nombre o apellido
- Ponemos historias de pacientes alrededor de la oficina
- Usamos area de terapia abierta

Información médica o privado no será divulgada sin permiso.

Estoy de acuerdo con estas prácticas específicas en esta Oficina. Reconozco que tengo el derecho a recibir una copia completa de la notificación de prácticas de privacidad a solicitud escrita y el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad en persona en cualquier momento que estoy físicamente en la Oficina.

Iniciales del paciente y fecha

firma y fecha del paciente

testigos de la firma y fecha