

DIAGNOSTIC X-RAY CONSULTATION SERVICES®

GARY A. LONGMUIR, M.App.Sc., D.C., Ph.D., D.A.C.B.R.

Radiology

Diplomate, American Chiropractic Board of Radiology

Fellow, the American Chiropractic College of Radiology

2525 West Carefree Highway, Building 2A, Suite 114

Phoenix, AZ 85085-9302

Telephone: (602) 274-3331

Fax: (602) 279-4445

www.diagnosticx-ray.com

Acepto que mis radiografías sean interpretadas por el Dr. Gary A. Longmuir, quiropráctico radiólogo, y que un informe formal por escrito se entreguen a la oficina de mi médico para convertirse en parte de mi expediente de tratamiento permanente. Yo entiendo que todos los cargos de esta consulta son mi responsabilidad y separado de cualquier cargo en la oficina de mi médico.

Yo autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. También autorizo el pago directo de los beneficios médicos de salud de grupo, de gastos médicos o pagador tercero para el médico de los servicios descritos anteriormente. En el caso de que el pago no se realiza en esta cuenta y se coloque con una agencia de cobros con licencia, me comprometo a pagar los honorarios de las agencias de cobro, hasta un máximo del 21% de interés del saldo pendiente en el momento de realizar la cuenta con la agencia. En caso de que acciones legales sean necesarias para saldar la cuenta, me comprometo a pagar los honorarios de abogados y costos procesados por la colección.

Fecha _____ **Firma del paciente** _____
(Padre, madre o tutor si es menor de edad)

REPORTES MEDICOS Y AUTORIZACION

Por la presente autorizo a la oficina de este médico que le proporcione, a mi abogado, con un informe completo del examen de mis radiografías en lo que respecta a los accidentes en los que estuve involucrado.

Por la presente autorizo, mi abogado, a pagar directamente a dichas sumas médicas como pueden ser vencidos y adeudados a él para el servicio médico me hizo a causa de este accidente y de retener las sumas que de cualquier establecimiento, juicio o veredicto que pueda ser necesarias para proteger adecuadamente, a dicho doctor. Y Yo doy un embargo preventivo en mi caso, a mi abogado, y a mí mismo como el resultado de los daños que me han tratado o lesiones relacionadas con ellos.

Entiendo perfectamente que yo soy directamente responsable de todas las cuentas médicas presentadas por dicho médico por los servicios prestados y que este acuerdo se haga solamente a dicha protección adicional del médico y en la consideración de pago a la espera del médico. Y yo entiendo que este pago no es contingente a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual me pueda llegar a recuperar esa suma.

Por favor reconozca esta carta con su firma abajo y devolver a la oficina del doctor. Me han aconsejado que si mi abogado no quiere cooperar con la protección de los intereses del médico, el médico no espera el pago, pero se me exige el pago en mi cuenta y mantendría una base actual.

Fecha _____ **Firma del paciente** _____
(Padre, madre o tutor si es menor de edad)

Nombre del paciente _____
(Por favor escriba)

El abogado, de registro para el paciente, a través de este medio se compromete a respetar todos los términos de lo anterior y se compromete a retener las sumas de cualquier establecimiento, juicio o veredicto que sean necesarias para proteger, dijo el doctor nombrado anteriormente.

Fecha _____ **Firma del abogado** _____

Por favor, escriba la fecha, firme y devuelva una copia a la oficina del doctor. Guarde una copia para sus registros. Una fotocopia de este formulario debe ser considerada tan válida como la original.