



T: (844) LOGICMD (564-4263) F: (954) 866-9826 E: info@logicdinc.com

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO M o F SSN#: _____

ESTADO CIVIL: ☐ M ☐ S ☐ D ☐ W, Teléfono: _____

COMPañÍA DE SEGURO: _____

POLÍZA: _____ RECLAMACION: _____

NOMBRE EN POLIZA: _____

RELACIÓN: _____ Fecha de nacimiento: _____

FECHA DEL ACCIDENTE: ____ / ____ / ____

Cuándo comenzo su terapia : _____

Aproximadamente, ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA ASISTE A TERAPIA:

"FAVOR CÍRCULO" (1) (2) (3) (4) (5) (6)

FUE usted al hospital: ¿sí o no?

AUTORIZACIÓN DE SEGURO PRIVADO DE CESIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS Y LA

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo, entiendo que autorizo el pago de beneficios médicos a **Logic Diagnostics Inc** por los servicios médicos que he recibido. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto no cubierto por mi contrato. También autorizo a liberar mi información relativa a compañías de seguros de salud, consejo, tratamiento o suministros que se me proporcionó. ESTA INFORMACIÓN SERA UTILIZADA PARA EL PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RECLAMOS DE BENEFICIOS.

IMPRIMIR NOMBRE: _____ FIRMA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

HIPPA

Ley de Portabilidad y Responsabilidad

De acuerdo a las disposiciones de la ley a partir de abril de 2003, toda la información del paciente debe ser confidencial y no se debe dar a cualquier persona que no está autorizado.



T: (844) LOGICMD (564-4263) F: (954) 866-9826 E: info@logicdinc.com

FORMULARIO DE EVALUACION

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Alguna vez se hecho un MRI? ☐ SI ☐ NO

2. Si si, ¿Dónde y cuando se realizo? _____

3. ¿Ha tenido las siguientes cirugías y/o implantes?:

Marcapasos o cables de marcapasos ☐ SI ☐ NO

Cirugía de corazón abierto ☐ SI ☐ NO

Válvula cardiaca artificial antes de 1984 ☐ SI ☐ NO

Clips para aneurisma cerebral ☐ SI ☐ NO

Implantes en el oído ☐ SI ☐ NO

Cirugía de cataratas y/o implantes ☐ SI ☐ NO

Cualquier dispositivo implantado mecánico O eléctrico ☐ SI ☐ NO

Miembro artificial o conjunta ☐ SI ☐ NO

4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía mayor? ☐ SI ☐ NO

Si así es el caso, explique: _____

5. ¿Alguna vez ha sido un trabajador maquinista, soldador o de metal?

Si si, por favor ponga su inicial abajo:

_____ Yo, el paciente he elegido rechazar Rayos X

6. ¿Tiene usted algunos de estos elementos en su cuerpo? (Circule el elemento)

Balas, BB's, gránulos, metal de metralla, fragmentos, clips quirúrgicos, cables, placas, tornillos, pasadores, barras, bobinas, IUD, prótesis del pene, dentadura postiza, retenedores, aparatos dentales, implantes dentales magnéticos, audífonos.

7. ¿Tiene antecedentes de insuficiencia renal o enfermedad de células falciformes? ☐ SI ☐ NO

8. ¿Si insuficiencia renal, se encuentra actualmente en Diálisis? ☐ SI ☐ NO

9. ¿Hay una posibilidad que puede estar embarazada? ☐ SI ☐ NO

10. ¿Puede estar de pie sin ayuda? ☐ SI ☐ NO

11. ¿Es usted claustrofóbico(a)? ☐ SI ☐ NO

12. ¿Usted sufre de temblores incontrolables? ☐ SI ☐ NO

13. ¿Es usted capaz de permanecer inmóvil sobre su espalda durante una hora? ☐ SI ☐ NO

14. ¿Esta utilizando un Broviac, catéter, Swanganz u Oxígeno? ☐ SI ☐ NO

15. Por favor especifique su peso actual _____ lb.

Nombre del paciente o Guardián: _____

Revisado/Aprobado por: _____ Fecha: _____



T: (844) LOGICMD (564-4263) F: (954) 866-9826 E: info@logicdinc.com

DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO PRESTADO

ESTADO DE: _____

CONDADO DE: _____

Ante mí apareció en persona: _____, quien, habiendo prestado el juramento, declara que:

Declaro que los servicios prestados eran razonables y necesarios con respecto a la lesiones sufridas. Bajo pena de perjurio, he leído lo anterior, y los hechos descritos son verdaderos según mi mejor saber y entender.

_____/_____/____

Firma del paciente

Fecha

Escriba el nombre de

Jurado y suscrito ante mí por lo anterior este día ____ de ____, 20____.

Mi mandato expira _____, 20____.

Sello:

notario público

HIPPA

Ley de Portabilidad y Responsabilidad

De acuerdo a las disposiciones de la ley a partir de abril de 2003, todos la información del paciente debe ser confidencial y no se debe dar a cualquier persona que no está autorizado.



T: (844) LOGICMD (564-4263) F: (954) 866-9826 E: info@logicdinc.com

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido la "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal está protegida por la privacidad. La regla de privacidad también proporciona un estándar para los proveedores de cuidado de la salud para obtener el consentimiento de su paciente. El consentimiento es necesario para usos y divulgaciones de la salud que la información sobre el paciente para llevar a cabo tratamiento, pago, y / o servicios de salud.

Como paciente de Logic Diagnostics Inc, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus expedientes médicos personales y haremos todo lo posible para proteger la privacidad. Sólo se proporcionará la información mínima necesaria para las personas que necesitan información sobre su salud, incluyendo detalles acerca de los servicios de tratamiento, pago y la salud.

Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso de la divulgación de su información personal, pero esto debe ser por escrito. Bajo esta ley tenemos el derecho a rechazar el tratamiento en caso de que se niegan a revelar su información de salud personal (PHI). Si usted decide dar su consentimiento, en este documento, más tarde puede rechazar la totalidad o parte de su PHI. Usted no puede revocar las medidas que ya se han tomado, que dependían de ésta o de un documento firmado previamente.

Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor consulte con nuestro oficial de cumplimiento de HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad, a las restricciones de demanda y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestra política de privacidad.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA PARA NUESTROS PACIENTES

A nuestros pacientes valorados:

El mal uso de información de salud personal (PHI) ha sido identificado como un problema nacional causar molestias pacientes, la agravación, y el dinero. Queremos que sepa que todos nuestros médicos y empleados una formación continua para que puedan entender y cumplir con el gobierno leyes y reglamentos relativos a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos para alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de servicio para nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar adecuadamente los usos apropiados de la IPS de acuerdo a las reglas de gobierno, leyes y reglamentos. Queremos asegurarnos de que nunca nuestra práctica contribuye en modo alguno a los problemas crecientes de la divulgación indebida de la IPS. Como parte de este plan, hemos puesto en marcha un programa de cumplimiento que creemos que nos ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de PHI.

Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina al (561) 616-9095 si usted tiene alguna pregunta. Si surge algún problema, vamos a trabajar con usted para remediar la situación con prontitud. Agradecemos sus comentarios y gracias por ser uno de nuestros pacientes de alto valor



T: (844) LOGICMD (564-4263) F: (954) 866-9826 E: info@logicdinc.com

ASSIGNMENT OF BENEFITS

The undersigned patient hereby assigns the benefits of insurance under the automobile insurance with (Insurance Company Name): _____ to Logic Diagnostics Inc for services rendered to the undersigned patient and covered by Personal Injury Protection (P.I.P.) Coverage under (Insurer's Name) _____.

In Accordance with Florida Statute S 627.736 (5) the undersigned further agrees to pay an applicable deductible or co-payment not covered by P.I.P. insurance coverage. I also understand that in the case of non-payment of the insurance, that I will be responsible to pay the balance that is due to Logic Diagnostics Inc.

The undersigned hereby accepts assignments of insurance benefits for services rendered to (Patient's Name): _____ and to be paid directly to me under (Insurer's Name): _____ Personal Injury Protection (P.I.P.) coverage with (Insurance Company Name): _____. In accordance with Florida Statute S 267.736.

Medical Provider's Authorized Signature
Medical Provider's Tax I.D. # 46-5424477

____/____/____
Date

Patient's Signature

____/____/____
Date

HIPPA

Health Insurance Portability and Accountability Act

In accordance to the law regulations effective April 2003 all patient information must be kept confidential and must not be given to anyone who is not authorized.



T: (844) LOGICMD (564-4263) F: (954) 866-9826 E: info@logicdinc.com

LETTER OF PROTECTION

PATIENT INFORMATION:

First Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ Social Security #: _____

Date: _____ Referred By: _____

Provider of Authorized Signature: _____

I, hereby authorize Logic Diagnostics Inc Reading to furnish, you _____ (including attorney), with a full report of their examination, diagnosis, treatment, diagnostic testing, etc. myself in regard to the accident in which I was involved. I hereby authorize and direct you _____ my attorney, to pay directly to said provider such sums as may be due and owing them for professional services rendered me both by reason of this office and to withhold such sum from any settlement judgment, or verdict which may be paid to you, my attorney or myself, as a result of my injuries for which I have been treated or injuries in connection there with. I fully understand that I am directly and fully responsible to said provider for all professional bills submitted by them for services rendered to me and the agreement is made solely for them awaiting payment and is not contingent on any settlement, judgment, or verdict by which I may eventually recover said fee.

Patient Signature: _____ Date: ____/____/____

The undersigned, being attorney of record for the above patient does hereby agree to observe all the terms of the above and agree in withhold such sums from the settlement, judgment, or verdict as may be necessary to adequately protect Logic Diagnostics Inc.

Attorney's Signature: _____ Date: ____/____/____

POWER OF ATTORNEY TO ENDORSE CHECKS

KNOWN ALL MEN OF THESE PRESENT That the undersigned has made constituted and by these presents does hereby make, constitute and appoint Logic Diagnostics Inc, be the undersigned's true and lawful attorney for and in the undersigned's orders which are made payable to the undersigned alone or to the undersigned and the said Logic Diagnostics Inc, which said checks drafts and/or money orders are to pay for medical services or like which have been performed by Logic Diagnostics Inc at my request, or with my knowledge and approval of the undersigned and/or the maker of the check, draft or money order.

The undersigned by these presents does not give and grant unto the said Logic Diagnostics Inc. As attorney the full power and authority to do and perform all and every act and thing, whatsoever requisite and necessary to be done in and about the might or could do to personally present insofar as the endorsing and cashing of said checks, draft or money orders are concerned.

The undersigned does hereby ratify and confirm any taken by the said attorney in accordance with this special power of attorney and which the said attorney shall do cause to be done by virtue of these presents.

IN WITNESS WHEREOF, the undersigned has here unto set his/her hand this
_____ day of _____, 20____.

Witness

Patient's Signature



OFFICE OF INSURANCE REGULATION
Bureau of Property & Casualty Forms and Rates

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 amount of the reduction, up to \$500.

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 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 or 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 a **substantially complete** manner.

D. The coding of procedures on the accompanying statement or bill is proper. This means that **no service has been upcoded, unbundled**, or constitutes an invalid **or not medically necessary diagnostic test** as defined by Section 627.732(14) and (15), 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.