



BIENVENIDOS A PET IMAGING

UBICACIONES:

FORT COLLINS

PET Imaging del
Norte de Colorado
1915 Wilmington Drive,
Suite 101
Ft. Collins, CO 80528

Teléfono: 970.204.0202
Fax: 970.204.0208

TULSA

PET Imaging de Tulsa
6711 South Yale Avenue,
Suite 104
Tulsa, OK 74136

Teléfono: 918.523.7200
Fax: 918.523.7201

NORESTE DE DALLAS

PET Imaging de Dallas
-Noreste
1250 Northwest
Highway R
Garland, TX 75041

Teléfono: 972.279.5172
Fax: 972.279.6948

SUGAR LAND

PET Imaging de Sugar
Land
17320 W. Grand
Parkway S., Suite A
Sugar Land, TX 77479

Teléfono: 832.595.2713
Fax: 832.595.2714

THE WOODLANDS

PET Imaging de The
Woodlands: College
Park Plaza
3091 College Park Drive,
Suite 340
The Woodlands, TX
77384

Teléfono: 936.271.4060
Fax: 936.271.4063

Gracias por elegir PET Imaging para sus estudios de imagen. Proporcionamos servicios de imágenes de calidad en cada uno de nuestros centros y nuestro personal se esfuerza por proporcionar a cada uno de nuestros pacientes la atención individualizada que se merecen. Es este enfoque compasivo, combinado con nuestras instalaciones de última tecnología, ambiente confortable y el compromiso de utilizar las técnicas más avanzadas disponibles lo que ayuda a hacer de PET Imaging un centro de diagnóstico de primera clase. Para su primera visita, por favor, llene completamente y firme todos los formularios incluidos en su paquete. Deberá presentarlos en recepción a su llegada. Si no puede completar estos formularios antes de su primera cita, por favor llegue 30 minutos antes y le ayudaremos. Si necesita reprogramar o cancelar su cita, por favor llame al menos 24 horas antes de su visita programada.

PREPARACIÓN DEL ESCÁNER PET (Tomografía por Emisión de Positrones)

Por favor traiga los siguientes artículos a su cita:

- Tarjeta de seguro vigente y licencia de conducir o documento de identidad con fotografía.
- Pago.
- Deberá pagar el copago, el coseguro y/o el deducible estimados cuando se presente a la consulta.
- Lleve a su cita los estudios e informes pertinentes.
- Por favor, llegue 15 minutos antes de la hora programada. La inyección es un proceso crítico y es importante que llegue a tiempo.

VESTIMENTA

Lleve ropa cómoda y calentita que no tenga metal. Se le pedirá que se quite todos los objetos metálicos, incluidos broches, cierres, hebillas y joyas, antes de realizar el escaneado.

PREPARACIÓN PARA SU CITA

Un coordinador de atención al paciente se pondrá en contacto con usted antes de su cita para hablar de las instrucciones detalladas de preparación y de los medicamentos que pueda estar tomando. Si es diabético, por favor llame a nuestra oficina para recibir instrucciones especiales.

- Tenemos un televisor en la habitación del paciente. Puede traer un libro o música.
- Si está embarazada, podría estarlo o se encuentra en periodo de lactancia, póngase en contacto con la oficina de PET Imaging en la que tiene programada su visita.
- Si tiene claustrofobia, por favor pida a su médico la medicina correcta y tráigala a la cita. No tome la medicina hasta que el tecnólogo se lo indique. Si necesita tomar medicamento para la claustrofobia, necesitará que alguien lo lleve a casa.
- No proporcionamos ni administramos oxígeno. Si usted usa oxígeno, por favor traiga suficiente para el procedimiento de dos horas más el tiempo de viaje de ida y vuelta a nuestro centro.
- Su cita podría durar aproximadamente 2 horas. El procedimiento no afectará su habilidad para conducir.
- Si no puede acudir a la cita programada, por favor llame a nuestra oficina con al menos 24 horas de antelación para evitar el cargo de \$150 por no acudir a la cita. El seguro no cubre el cargo por no acudir a la cita. Si no nos proporciona la debida notificación, el centro podrá cobrarle una cuota de 150 dólares.

RESULTADOS

Las imágenes generadas por la tomografía PET/TC, junto con un informe escrito de un médico intérprete, serán comunicadas a su médico en las 48 horas siguientes a su realización. Su médico le comunicará sus resultados.

Nuestra página web es www.petimaging.us. Esperamos verle pronto y por favor no dude en llamarnos si tiene cualquier pregunta o inquietud adicional.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: __ / __ / __ Edad: __ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transexual: ☐ M a F ☐ F a M

No. de seguro social: _____ Teléfono móvil: (____) _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Idioma preferido: _____

Etnia/raza: ☐ Blanco ☐ Hispano/Latino ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo Americano

☐ Asiático / Isleño del Pacífico ☐ Otro

Ocupación: _____

☐ Empleado / Independiente ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Discapacitado

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Otro

En dónde vive: ☐ Vive solo ☐ Vive con la familia ☐ Vive en un asilo de ancianos

☐ Residente durante el invierno ☐ Residente todo el año

Hijos: ☐ Sí ☐ No Si los tiene, ¿cuántos tiene? _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico de referencia (si es diferente): _____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Iniciales del paciente: _____



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: (____) _____

Poder notarial duradero para atención médica: ☐ Sí ☐ No _____
Proporcione una copia para nuestros registros

Relación con el paciente: _____

Testamento vital para la atención médica: ☐ Sí* ☐ No *Proporcione una copia para nuestros registros

Primario

Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ No. de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del tomador del seguro: _____

Número de póliza: _____ No. de grupo: _____

Secundario

Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ No. de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del tomador del seguro: _____

Número de póliza: _____ No. de grupo: _____

Certifico que la información que he dado hoy es la mejor posible y lo más completa y exacta posible.
Notificaré al médico/personal cualquier cambio o adición en visitas posteriores..

Firma del paciente o de su representante legal: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE HISTORIA ONCOLÓGICA

Motivo de la tomografía de hoy: _____

¿Cuándo se le diagnosticó? _____ Si es cáncer: _____ Tipo _____ Ubicación _____

TERAPIA

Ha recibido:			Última fecha de terapia	Fecha del próximo tratamiento	Fecha de finalización de TODO el proceso
TERAPIA SISTÉMICA (quimioterapia, terapia hormonal, Rituxan, interferón, etc.):	☐ Sí	☐ No			
RADIOTERAPIA	☐ Sí	☐ No			
OTRO (ej. ablación, trasplante de médula ósea, etc.):	☐ Sí	☐ No			

¿Le han puesto alguna inyección para estimular la médula ósea a producir más células sanguíneas (Neupogen, Procrit, Neulasta, Aranesp, etc.)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo se puso la última inyección? _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

	Fecha de realización	¿Qué tipo de operación?	¿En qué parte del cuerpo?
EN RELACIÓN CON SU CÁNCER			
BIOPSIA			
COLOCACIÓN DE UN CATÉTER			
OTRAS CIRUGÍAS			

OTRAS CIRUGÍAS

	Fecha	Partes del cuerpo	Centro
Tomografía por emisión de positrones			
Tomografía computarizada			
RESONANCIA MAGNÉTICA			
ESCANEEO ÓSEO			
RAYOS X			
OTRO			

Seleccione lo siguiente si le corresponde:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Fracturas óseas anteriores: _____ | ☐ Hemorroides activas | ☐ Con oxígeno |
| ☐ Artritis: _____ | ☐ Alimentación o sonda GEP | ☐ Enfermedad por reflujo gastroesofágico/acidez estomacal |
| ☐ Otros metales en el cuerpo: _____ | ☐ Marcapasos | ☐ Bolsa para recogida de orina |
| ☐ Recientes infecciones: _____ | ☐ Úlceras/Enfermedades gastrointestinales | ☐ Utilizo silla de ruedas o andador |
| ☐ Fumador: ¿cuántos años? _____ | ☐ Bolsas de colostomía | |



FORMULARIO DE HISTORIA ONCOLÓGICA

¿Es diabético? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, última glucemia: ____ Controlado por: (marque una opción) ☐ Dieta ☐ Pastillas ☐ Insulina

Indique los medicamentos que está tomando: _____

Mujeres: ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No *Si no está segura, póngase en contacto con el técnico inmediatamente.*

¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo tuvo su último ciclo menstrual? _____

Hombres: ¿Tiene antecedentes de problemas de próstata? ☐ Sí ☐ No Describa: _____

¿Le cuesta trabajo acostarse boca arriba con los brazos elevados por encima de la cabeza durante unos 30 minutos? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene claustrofobia? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿le ha recetado su médico algún medicamento que le ayude a relajarse? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿dispone de un conductor que le lleve y le traiga del Centro después de tomar su medicación relajante? ☐ Sí ☐ No

Cuándo comió por última vez? ____:____ AM ☐ / PM ☐ ¿Qué comió o bebió (aparte de agua)? _____

¿Cuándo es la cita de seguimiento con su médico? _____

¿Se ha vacunado contra COVID-19? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, fecha de la última vacuna: ____ Nombre de la vacuna: ____ Punto de inyección: ____

¿Hay algún otro médico al que le gustaría enviar su tomografía por emisión de positrones? ej. Médico oncólogo, Radiólogo, Cirujano, médico de atención primaria, otro, etc.) ☐ Sí ☐ No

Si es así, indique el nombre: _____

Nombre escrito del paciente

Firma del paciente

Fecha

FOR TECHNOLOGIST USE ONLY: Initial each section when completed and print name below

☐ Correct patient (verified by DOB and name): _____

☐ Correct procedure (check order): _____

☐ Correct radiopharmaceutical & dose (check syringe): _____

Print name of technologist:

Patient Height: ____ ft ____ in

Patient Weight: ____ lbs.

Blood Glucose Level (for FDG only): ____ mg/dl

Injection Site: _____

Radiopharmaceutical Name:

Dose assay and time (pre-injection): _____ mCi @ ____ : ____ AM/PM

Residual dose assay and time (post-injection): _____ mCi @ ____ : ____ AM/PM



PETIMAGING

FORMULARIO PARA LA CESIÓN DE HISTORIALES MÉDICOS

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A/DE PET IMAGING Y SUS ASOCIADOS

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ No. de seguro social: _____
(Por favor escriba con letra de molde)

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN QUE DEBE FACILITARSE DE/A:

☐ DE ☐ A

Por la presente autorizo la entrega de información de mi historial médico de/a (Nombre del proveedor):

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ DE/A:

☐ DE ☐ A

☐ FORT COLLINS

PET Imaging of Northern
Colorado
1915 Wilmington Drive, Suite 101
Ft. Collins, CO 80528
Teléfono: 970.204.0202
Fax: 970.204.0208

☐ TULSA

PET Imaging of Tulsa
6711 South Yale Avenue,
Suite 104
Tulsa, OK 74136
Teléfono: 918.523.7200
Fax: 918.523.7201

☐ NORTHEAST DALLAS

PET Imaging of Dallas -
Northeast
1250 Northwest Highway R
Garland, TX 75041
Teléfono: 972.279.5172
Fax: 972.279.6948

☐ SUGAR LAND

PET Imaging of Sugar Land
17320 W. Grand Parkway S.,
Suite A
Sugar Land, TX 77479
Teléfono: 832.595.2713
Fax: 832.595.2714

☐ THE WOODLANDS

PET Imaging of The Woodlands:
College Park Plaza
3091 College Park Drive, Suite 340
The Woodlands, TX 77384
Teléfono: 936.271.4060
Fax: 936.271.4063

TIPO DE REGISTRO:

- ☐ TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS (sólo pertinentes) (limitado a 2 años de información)
- ☐ Historial y examen físico
- ☐ Resumen del alta hospitalaria
- ☐ Informe de la operación
- ☐ Informe de la consulta

- ☐ Sólo las notas de psicoterapia
- ☐ Informes radiológicos (especifique): _____
- ☐ Resultados del laboratorio
- ☐ Examen de las pruebas
- ☐ Informes de las salas de emergencia
- ☐ Otra información (especifique): _____

EL PROPÓSITO O LA NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Por favor, marque todas las que correspondan)

☐ Médico ☐ Seguro médico ☐ Legal ☐ Personal ☐ Otro: _____

POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE

- Autorizo la cesión de la información especificada de mi historial médico.
- Entiendo que la información comunicada en virtud de esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA).
- Tengo derecho a revocar la autorización para la cesión de mis datos. Si firmo esta autorización para utilizar o divulgar mi información, puedo revocarla en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y no afectará a la información que ya se haya utilizado o divulgado.
- Firmo esta autorización voluntariamente y la imaginología, el pago o mi derecho a los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de este comunicado es tan válida como el original.
- He recibido copia de esta autorización.

FIRMA:

(Paciente / Representante Legal / Tutor)

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE IMAGINOLOGÍA Y PAGO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir PET Imaging como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que nos ha demostrado con su elección y nos comprometemos a proporcionarle una atención médica de la máxima calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que comprende nuestra autorización para la realización de imágenes, el pago y las políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, por favor solicite una copia.

AUTORIZACIÓN PARA IMAGINOLOGÍA Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Autorizo a PET Imaging a proporcionar servicios médicos para el diagnóstico por imágenes. Autorizo la cesión de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamación por los servicios prestados y para que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a PET Imaging.

AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

- Con mi firma, autorizo a PET Imaging a facilitar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros y terceros pagadores necesarios para el pago o la prestación de servicios médicos.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a PET Imaging. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos o negados total o parcialmente por mi(s) plan(es) de seguro(s).

He leído, comprendo y acepto las disposiciones de este formulario de Autorización para la obtención de imágenes y el pago de beneficios médicos.

Firma del paciente o de su tutor: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Usted tiene derecho a ser informado sobre cualquier prueba que su médico le haya ordenado. Así podrá tomar una decisión informada y con conocimiento de causa cuando dé su autorización para la prueba.

Su médico ha ordenado que se le realice una tomografía por emisión de positrones aquí, en PET Imaging. PET (TEP en español) es la abreviatura de "Tomografía por Emisión de Positrones". Se le colocará en una máquina conocida como "PET Scanner". La máquina creará una imagen. La máquina en particular que se utilizará para crear su escaneo es una máquina PET/CT. Esta máquina generará dos imágenes, una utilizando un escáner PET y la otra utilizando un escáner CT. CT (TC en español) es la abreviatura de "Tomografía Computarizada". Se le administrará una inyección de un trazador especial en una de sus venas y se le pedirá que permanezca acostado en silencio durante aproximadamente una hora. En términos generales, un escáner PET generará entonces una imagen que indica qué partes de su cuerpo están trabajando rápidamente para absorber el trazador, mientras que un escáner CT generará una imagen que muestra determinadas estructuras anatómicas de su cuerpo.

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que, aunque raros y generalmente menores, existen riesgos y peligros en relación con la prueba en particular prevista para mí hoy. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que no se me (nos) ha dado ninguna garantía de ningún tipo como resultado de esta prueba o la cura de mi enfermedad.

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que mi médico puede descubrir a través de los procedimientos/pruebas que se me van a realizar, otras o diferentes condiciones, que requieran procedimientos/pruebas adicionales o diferentes a las planificadas, yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a mi médico, a PET Imaging y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos/pruebas que mi médico o PET Imaging consideren necesarios, y que sean aconsejables según su criterio profesional.

Yo (nosotros) doy (damos) mi (nuestro) consentimiento y autorizo (autorizamos), comprendiendo los riesgos y peligros que conlleva la administración de una tomografía por emisión de positrones (PET) ordenada por mi médico y proporcionada por PET Imaging y los colaboradores, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que mi médico o PET Imaging consideren necesarios para realizar la tomografía PET.

Un médico interpretará la imagen generada por el escáner PET, y se entregará un informe al médico remitente. Sin embargo, un médico no interpretará la imagen generada por el CT. El médico utiliza la imagen del CT como ayuda para la interpretación de la imagen PET y nada más. Yo (nosotros) reconozco (reconocemos) con mi firma que la imagen de CT generada por la máquina PET/CT no será interpretada y que no se elaborará ningún informe radiológico de esa imagen. Además, eximo (eximimos) a PET Imaging y a cualquier médico intérprete de cualquier responsabilidad derivada de cualquier asunto que pudiera haberse incluido en un informe radiológico de cualquier imagen de CT generada como parte de la exploración PET/CT a la que me someto.

Se me (nos) ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi enfermedad y el tratamiento, los riesgos de no tratamiento, las pruebas que se van a realizar y los riesgos y peligros que conlleva, y creo (creemos) que dispongo (disponemos) de la información suficiente para otorgar esta autorización informada.

Certifico (certificamos) que este formulario me (nos) ha sido explicado en su totalidad, que lo he (hemos) leído o me (nos) lo han leído, que he (hemos) completado los espacios en blanco y que comprendo (comprendemos) su contenido.

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Para proteger su privacidad, por favor indíquenos cómo desea que nos pongamos en contacto con usted y a quién podemos facilitar su información médica privada (PHI, por sus siglas en inglés) en su nombre.

☐ No, por favor no hable con nadie sobre la información médica privada. **ADVERTENCIA: si elige esta opción y se enferma y no puede llamar o acudir al consultorio para recibir asistencia, podemos, según nuestro criterio profesional, divulgar la información médica privada necesaria a otro profesional médico para asegurarnos de que reciba la atención médica adecuada.**

☐ Sí, permita la comunicación con:

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Sobre qué tipo de información médica privada podemos hablar con los miembros de su familia designados y/u otras personas implicadas en su cuidado?

☐ Cuidados médicos ☐ Información sobre facturación y pagos

Yo, _____, comprendo que la autorización anterior permanecerá en efecto hasta que la modifique por escrito. Se me ha entregado una copia de la notificación de prácticas de privacidad de PET Imaging.

_____	_____	_____
Firma del paciente	Nombre en letra de molde	Fecha

Fecha de nacimiento: _____



POLÍTICA DE PAGOS DE LOS PACIENTES

Estimado paciente,

Gracias por elegir PET Imaging como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a proporcionarle cuidados médicos de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarle a entender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si procede). Por favor lea la política y firme en el espacio proporcionado. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia. Si tiene alguna pregunta, por favor infórmenos.

1. **Seguro médico.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de su contrato. Como cortesía, le facturaremos a su compañía de seguros si nos proporciona la información correcta. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la cobertura.
 - a. Seguros no concertados: si no estamos contratados por su compañía de seguros, por favor, tenga en cuenta que los costos de su bolsillo pueden ser mayores de lo previsto inicialmente. Le daremos una estimación de sus costos, pero la cantidad final a pagar será determinada por el reembolso de su compañía de seguros.
2. **Servicios sin cobertura.** Por favor, tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras.
3. **Tramitación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en todo lo que esté en nuestras manos para ayudar a conseguir el pago de sus reclamaciones. Es posible que su compañía de seguros le pida que facilite directamente determinada información. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Por favor, tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son su responsabilidad independientemente de que su compañía de seguros pague o no su reclamación.
4. **Comprobante de seguro.** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de que se realice la imaginología. Le pediremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro válida(s) como prueba de seguro.
5. **Modificaciones de la cobertura.** Si su seguro cambia, por favor informe a nuestra oficina inmediatamente para que podamos hacer los cambios apropiados en su información de facturación. Si no nos proporciona la información correcta del seguro a tiempo, usted será responsable de todos los gastos incurridos.
6. **Copagos.** Todos los copagos deben efectuarse en el momento de recibir el servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros.
7. **Incumplimiento de pago.** Por favor, tenga en cuenta que si usted no paga su parte de la factura, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros y usted puede ser dado de baja de esta clínica.
8. **Política de citas incumplidas.** Nuestra política es cobrar una cuota por evaluación a los pacientes que no acuden a sus citas o que cancelan una cita con menos de 24 horas de antelación.
Cuotas: \$150.00 por visita no realizada al escaneo de PET.
Estos gastos correrán a su cargo y se le facturarán directamente a usted. Su seguro no los pagará. Por favor, ayúdenos a servirle mejor acudiendo a su cita regularmente programada.
9. **Pagos.** Para su comodidad, PET Imaging acepta cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.

He leído y comprendo la política de pagos y acepto cumplir estas normas. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no esté cubierta por mi compañía de seguros.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente