



UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C. CUESTIONARIO DE DENSITOMETRIA OSEA

Acct# _____

NOMBRE: _____ SEXO: H M

FECHA DE NACIMIENTO _____ SS#: _____ ETNICIDAD: _____

ALTURA: _____ PESO: _____ MENOPAUSIA: S N CUANDO: _____

ULTIMO PERIODO MENSTRUAL: _____ CIRUGÍA DE HISTERECTOMÍA: S N

HISTORIAL DE MEDICACIÓN:

¿HA TOMADO ALGUNOS DE LOS MEDICAMENTOS LISTADOS A CONTINUACION? SI ES ASI, ¿CUANDO?
TERAPIA HORMONAL:

NO SI: _____

1. CALCIO U OTROS SUPLEMENTOS MINERALES:

NO SI: _____

2. FOSAMAX, BONIVA, RECLAST, ACTONEL , EVISTA
u OTRO _____

HISTORIAL FAMILIAR:

¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE OSTEOPOROSIS? S N

RELACION DE ESTE MIEMBRO DE LA FAMILIA A USTED: _____

HISTORIAL PERSONAL:

¿HA TENIDO CIRUGIAS DE LA CADERA O ESPINA DORSAL? S / N FECHA _____

¿HA TENIDO ESTE EXAMEN ANTES? S / N
SI ES ASI, ¿CUANDO? _____ ¿DONDE? _____

¿HACE EJERCICIO? S / N



UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C. CUESTIONARIO DE DENSITOMETRIA OSEA

Acct# _____

DOCUMENTO DE RENUNCIA DE DENSIDAD ÓSEA

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ # CUENTA: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

¿Ha tenido un examen completo de densidad ósea anteriormente, ya sea en esta oficina o en cualquier otra oficina, en los últimos dos años?

No Si

Muchos internistas y ginecólogos están realizando exámenes de “detección” de densidad ósea en sus oficinas. Este examen consiste en colocar **SU MANO** o **SU TALON** en una máquina para medir la densidad de sus huesos. ¿Ha tenido un examen de “detección” de densidad ósea (coloco su mano o talón en una maquina) en los últimos dos años?

No Si

Si respondió si a cualquiera de las dos preguntas de arriba, ¿Dónde y cuándo se realizó el examen anterior?

Fecha: _____ Lugar: _____

MEDICARE y EMPIRE BLUE CROSS/BLUE SHIELD, así como muchas otras compañías de seguros, aprueban y pagan los exámenes de densidad ósea *una vez cada dos 2 años*.

El médico y el personal de University Diagnostic Medical Imaging, PC (UDMI) me informaron que Medicare Part B u otro seguro puede negar todos o parte de los servicios prestados hoy como médicamente innecesarios. Aunque Medicare u otros seguros pueden reducir / negar el procedimiento, he aconsejado a los médicos o al personal designado de UDMI que continúen con el servicio, y asumiré toda la responsabilidad del pago.

Quiero la prueba de densidad ósea escrita a continuación. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también quiero que se facture a mi Compañía de Seguros Primaria (PIC) por una decisión oficial sobre el pago, que me será enviada con una Explicación de Beneficios (EOB). Entiendo que si mi PIC no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a mi PIC siguiendo las instrucciones en la EOB. Si mi PIC paga, me reembolsara los pagos que le hice, menos los copagos o deducibles.

CPT CODE: 77080 DESCRIPCIONES: Densidad Ósea

CARGO APROVADO \$ _____

Fecha

Firma del paciente o representante autorizado