

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO

MRN: _____

Apellido	Nombre	In	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono	Numero de tel. alternativo
Nombre de Doctor	Dirección de Doctor		Número de teléfono de Doctor		
PAGO POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> num. de recibo:	¿Tiene Usted Medicare? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI #		¿Accidente automovilístico o Compensación para los trabajadores? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO PRIMARIO: *(favor demostrar tarjeta de seguro para una fotocopia)*

Nombre del seguro medico	Póliza #	Grupo #
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento del asegurado	Nombre del Empleador
Relación con el asegurado	Seguro Social del Asegurado	Seguro Social del Paciente

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO: *(favor demostrar tarjeta de seguro para una fotocopia)*

Nombre del seguro medico	Póliza #	Grupo #
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento del asegurado	Nombre del Empleador
Relación con el asegurado	Seguro Social del Asegurado	Seguro Social del Paciente

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Yo, _____ reconozco que recibí de Assured Imaging Women's Wellness una copia escrita de los Derechos del paciente y Practicas Privadas, antes de recibir cualquier servicio. Entiendo que se le cobrará a mi seguro médico. Si el pago es negado en parte o en su totalidad, entiendo que soy responsable del pago del saldo adeudado. Entiendo que seré responsable del pago, si mi seguro médico niega el reclamo por no proveer el seguro social del asegurado.

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO: *Si está embarazada o piensa que lo está, avise a la recepcionista inmediatamente.*

Yo, _____ por la presente doy mi consentimiento para *(marque todo que aplique):*

- Mamografía 2D
 Mamografía 3D
 Ultrasonido de mama
 Densitometría ósea
 Ultrasonido General
 Rayos X General
 Retinopatía
 A1C
 Análisis de orina
 Examen del cáncer de la piel
 Examen de la salud del corazón*
 Otro _____

X _____ Fecha: _____
Firma-Paciente, Padre, Madre o Guardián Legal

X _____ Fecha: _____
Firma del Testigo