

INFORMACION DEL PACIENTE

FACILITY: _____

Nombre del Paciente (Primer nombre) _____ (Apellido) _____

Email _____ Opte por no aceptar correos electrónicos educativos / mercadeo.

Direccion actual del Paciente _____ # de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

de Telefono () _____ # de Telefono Celular () _____ # Telefono del Trabajo () _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

Nombre de su Trabajo/Escuela _____ Si es estudiante, tiempo Completo _____ Parte de tiempo _____

Direccion de su Trabajo _____

Nombre de su Doctor _____ # de Telefono () _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Padece de Alergias a Medicinas/Alimentos? _____

Persona a notificar en caso de Emergencia _____ **Parentesco** _____

de Telefono () _____ Direccion _____

Su visita al Doctor esta relacionada a un accidente o herida? Si _____ No _____

Accidente de Auto _____ Accidente de Trabajo _____ Otra razon _____

Si el paciente es mujer, esta usted embarazada? _____ Si _____ No _____

Informacion de la Persona Responsable (Por favor completar si la persona con seguro medico es el esposo(a), Pareja, Padre/Tutor)

Parentesco entre el paciente y la persona con seguro medico _____ Nombre _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

de Telefono() _____ # de Telefono Celular() _____ # de Telefono del Trabajo() _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

Nombre y Direccion de su Trabajo _____

Yo autorizo el tratamiento Medico de mi hijo/a _____

Firma del Padre/Tutor del menor de edad

Informacion del Seguro Medico (Por favor entregar esta forma completa y su tarjeta de seguro medico)

Nombre de la Compania de Seguro _____ #de telefono () _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

de Poliza _____ #de Grupo _____

Seguro Medico Secundario _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

de Poliza _____ # de Grupo _____

Nombre de la persona Asegurado(a) _____ Parentesco con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

TODAS LAS AUTORIZACIONES DEBEN DE SER FIRMADAS PARA PODER PROCESAR SU RECLAMO CON LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO

[] **AUTORIZACION Y CONTRATO:** Por este medio autorizo a mi Compania de Seguro Medico a pagar directamente a este proveedor por los servicios medicos y beneficios que esten cubiertos bajo mi plan de Seguro Medico. Yo acepto a pagar el balance de los gastos que no esten cubiertos bajo mi plan medico, tambien autorizo a este proveedor a ceder a mi Compania de Seguro Medico cualquier informacion medica que se considere necesaria. Si mi cuenta es referida a un abogado para poder recibir pago de mis gastos, yo entiendo que soy responsable de los gastos del abogado. SI NO TENGO SEGURO MEDICO, yo entiendo que soy completamente responsable de todos los gastos.

Firma _____ Fecha _____

[] **AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a este Imaging Center a dar tratamientos medicos y quirurgicos, dicho tratamiento puede incluir Radiografias, Pruebas de Laboratorio, Anestesia y Medicamentos que puedan ser requeridos por el Doctor, asistentes o enfermeras. Estoy consciente que la practica medica y quirurgica no es una ciencia exacta y entiendo que no hay garantia a los resultados del tratamiento en este Imaging Center.

Firma _____ Fecha _____

[] **AUTORIZACION DE MEDICARE B:** Yo autorizo a esta clinica/persona autorizada a ceder informacion medica a la Administracion del Seguro Social, a sus intermediarios o a las personas particulares que profesionalmente sean parte de este Imaging Center para el proceso de este u otro reclamo relacionado con Medicare. Una copia de esta autorizacion es considerada tan valida como la original para recibir pago por los servicios medicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los gastos que no fueran pagados por mi Seguro Medico. NOTA: LA OFICINA DE MEDICARE SOLAMENTE CUBRE UNA MAMOGRAFIA POR ANO Y SOLO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 ANOS.

Firma _____ Fecha _____

Facility: _____

**R
E
G
I
S
T
R
A
T
I
O
N**

First Name _____ Last Name _____
Email _____ [] Opt-out of educational/marketing emails
Address _____ Apt# _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone Home (____) _____ Cell (____) _____ Work (____) _____ ext _____
Sex _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ Drivers License #: _____
Employer/School _____ If student, Full Time ____ Part Time ____
Employer Address _____
Ref Dr. _____ Address _____ City, St, Zip _____
Ref Dr. Phone: _____ Please list any known allergies: _____
Emergency Contact _____ Relationship _____ Phone _____
Contact Address _____

If you are a female patient, are you pregnant? ___ YES ___ NO

**IS TODAY'S VISIT RELATED TO AN ACCIDENT OR INJURY? Y ___ N ___ AUTO ACCIDENT ___ WORK RELATED ___ OTHER ___
GUARANTOR (PLEASE COMPLETE IF INSURED PERSON IS SPOUSE, PARTNER, PARENT OR GUARDIAN):**

Name _____ Insured's Relationship to patient _____
Address _____ City, St, Zip _____
Phone Home (____) _____ Cell (____) _____ Work (____) _____ ext _____
Sex _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ Drivers Lic# _____

INSURANCE (PLEASE PRESENT A FORM OF IDENTIFICATION, INSURANCE CARDS AND COMPLETED FORMS):

Insurance _____ Phone (____) _____
Address _____ City, St, Zip _____
Policy # _____ Group _____

Secondary Insurance _____ Phone (____) _____
Address _____ City, St, Zip _____
Policy # _____ Group # _____

Name of Insured _____ Relationship to Patient _____
Sex _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ Drivers Lic# _____

NOTE: THE APPROPRIATE AUTHORIZATIONS MUST BE SIGNED TO EXPEDITE THE FILING OF YOUR INSURANCE CLAIM.

[] **AUTHORIZATION AND AGREEMENT** : By my signature below, I hereby authorize and direct my insurance carrier to pay directly to this provider of medical services any benefits due me under my insurance plan. I agree to pay the balance of charges not paid under my plan. I also hereby authorize this provider to use and disclose any of my personal medical information for treatment and payment (including to my insurance company.) Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay attorney's fees and other collection expenses. IF I AM UNINSURED, I understand I am fully responsible for all charges.

Patient Signature: _____ Date: _____

[] **AUTHORIZATION AND CONSENT FOR MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT**: By my signature below, I hereby authorize Imaging Center to furnish the necessary medical or surgical treatment, or procedures, including diagnostic x-ray and laboratory procedures, anesthesia, drugs and supplies as may be ordered by the attending physician(s), his assistants or designees. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science, that I have been explained the risks associated with the treatments/procedures to be performed, and I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of treatment or diagnostic procedures conducted in the Imaging Center.

Patient Signature: _____ Date: _____

[] **MEDICARE B SIGNATURE AUTHORIZATION**: By my signature below, I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and Centers for Medicare & Medicaid Services or it's intermediaries or carriers, or to the billing agent of Imaging Center any information needed for this or a related Medicare claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical benefits be made to the holder of this assignment on my behalf. I understand that I am responsible for any deductible and coinsurance. NOTE: MEDICARE WILL ONLY PAY FOR A ROUTINE MAMMOGRAM ONCE PER YEAR AND ONLY FOR THOSE 65 OR OLDER.

Patient Signature: _____ Date: _____