



APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN		NÚMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	CELULAR	TRABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
CORREO ELECTRÓNICO		MÉDICO QUE LO REFIERE		DESCRIBA SÍNTOMA(S) ACTUAL(ES) PARA ESTE EXAMEN	

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO - UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO Y/O PAGO SERA REQUERIDO

1. ASEGURADORA PRIMARIA	TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLEADOR TITULAR DE LA PÓLIZA
<input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE	DIRECCIÓN PARA ENVIAR LA CUENTA		
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO	
Paciente de Medicare solamente: ¿Está participando actualmente en un ensayo de investigación clínica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2. ASEGURADORA SECUNDARIA	TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLEADOR TITULAR DE LA PÓLIZA
<input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE	DIRECCIÓN PARA ENVIAR LA CUENTA		
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO	
3. COMPENSACIÓN PATA TRABAJADORES (Worker's Compensation)			
COMPANIA EN QUE TRABAJA	DIRECCIÓN DE COMPANIA EN QUE TRABAJA	TELEFONO DE TRABAJO	
ASEGURADORA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES	DIRECCIÓN de ASEGURADORA de COMPENSACIÓN para TRABAJADORES	NÚMERO DE RECLAMO	
FECHA EN QUE FUE LESIONADO	NOMBRE DEL AJUSTADOR	TELEFONO DE AJUSTADOR	

ASIGNACIÓN DE ASEGURADORA

Por medio de la presente autorizo la divulgación a mi compañía de seguro acerca de mi tratamiento en River City Imaging Centers (RCIC). Autorizo, además, que se le pague directamente a RCIC por cualquier beneficio de seguro al que tengo derecho a recibir .

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo y estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por cualquier y todos cargos de los servicios prestados por RCIC independiente de la existencia de un plan de salud o seguro médico y asignación de beneficios de seguro. Facturamos a las aseguradoras secundarias sólo de cortesía. Cualquier saldo pendiente de pago por una aseguradora secundaria será su responsabilidad pagar.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A PROVEEDORES DE SALUD

Por medio de la presente doy consentimiento y autorizo a RCIC divulgar cualquier y toda información de mi expediente médico a mi médico(s) y otros proveedores de salud que participan en el cuidado de mi salud.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A RCIC

Por medio de la presente, pido y autorizo a mi proveedor de salud divulgar a RCIC la información en mi historial médico, placas de rayos X, reportes y resultados de patología según sea necesario para asistir a RCIC en prestarme servicios de consulta, cuidado y/o tratamiento médico.

CONCENTIMIENTO DE POSIBLE OBLIGACION LEGAL

Estoy consciente de que la institución RCIC en donde se me proporciona tratamiento no se considera estar "Dentro de la Red" de proveedores con respecto a el plan de seguro de tercer partido que proporciona una cobertura de pago. Reconozco que mi plan de seguro, además, pudiera proveer beneficios a nivel "Fuera de la Red" de proveedores. Entiendo que soy personalmente responsable por el pago de cualquier saldo remanente por estos servicios.

_____ Iniciales

X _____
Firma del Paciente/Persona Autorizada Legalmente/Parge Financieramente Responsable

_____ Fecha

_____ POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

_____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(SI NO ES EL PACIENTE)