

## HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Complete las secciones que le apliquen a usted.

Apellido  
Primer Nombre Segundo Nombre  
Dirección 1  
Dirección 2  
Ciudad Estado Código Postal  
Sexo (M/F) Estado Civil C S V  
Medico que lo Refirió  
Dirección del Médico que lo Refirió  
Empleador

Persona a ser notificada en caso de emergencia:

Teléfono  
Número de Teléfono Residencial  
Número de Teléfono del Trabajo  
Número de Celular  
Fecha de Nacimiento  
Número de Seguro Social

Ocupación:

### INFORMACION DEL SEGURO

#### COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA

NUMERO DE TELEFONO: NUMERO DE ID:  
DIRECCION:

NOMBRE/NUMERO DE GRUPO:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLIZA:

RELACION DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA POLIZA:

TITULAR ESPOSO(A) HIJO(A) PADRE/MADRE OTRO

PLAN DE SEGUROS DEL EMPLEADOR? (MARQUE UNO) SI NO

RELACION SI NO ES EL PACIENTE

#### COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA

NUMERO DE TELEFONO: NUMERO DE ID:  
DIRECCION:

NOMBRE/NUMERO DE GRUPO:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLIZA:

RELACION DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA POLIZA:

TITULAR ESPOSO(A) HIJO(A) PADRE/MADRE OTRO

PLAN DE SEGUROS DEL EMPLEADOR? (MARQUE UNO) SI NO

### CONCERNIENTE AL SEGURO

YO **ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO** A AUTORIZAR AL CENTRO PARA RADIOLOGIA DE LA MUJER A PRESENTAR EL SEGURO EN MI NOMBRE PARA COBERTURA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE HE REPORTADO CON RESPECTO A LA COBERTURA DE MI SEGURO ES CORRECTA. AUTORIZO ADEMAS EL REPORTE DE CUALQUIER INFORMACION NECESARIA, INCLUYENDO LA INFORMACION MEDICA PARA ESTA O CUALQUIER OTRA RECLAMACION CORRESPONDIENTE A MI COMPAÑIA DE SEGURO, (O, EN CASO DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE PARTE B A LA ADMINISTRACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA ADMINISTRACION DE FINANCIAMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD). UNA COPIA DE LA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA EN LUGAR DE LA ORIGINAL.

ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO POR MI O POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS.

### ASSIGNACION DE BENEFICIOS

YO **ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO** A AUTORIZAR EL PAGO DE TODOS LOS BENEFICIOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS QUE ESTEN A MI NOMBRE DE ACUERDO A LOS TERMINOS DE LA POLIZA DE SEGUROS A SER PAGADOS DIRECTAMENTE AL CENTRO PARA RADIOLOGIA DE LA MUJER POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AUTORIZO ADEMAS EL REPORTE DE CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR LA RECLAMACION DE SEGURO. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA EN LUGAR DE LA ORIGINAL.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE POR LOS GASTOS NO PAGADOS POR MI COMPAÑIA DE SEGUROS.

### REPORTE DE REGISTROS

YO **ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO** A PERMITIR AL CENTRO PARA RADIOLOGIA DE LA MUJER DIVULGAR MIS FILMES, REPORTES, ETC., A MI MEDICO DE REFERENCIA, ESPOSO(A), OTROS MEDICOS, OTROS GRUPOS DE RADIOLOGIA, COMPAÑIAS DE SEGUROS, ABOGADOS, ETC. ESTA AUTORIZACION PARA DIVULGAR RAYOS X, REPORTES, ETC., TENDRA EFECTO HASTA QUE SEA REVOCADA **POR ESCRITO** POR MI.

◦ HE RECIBIDO LA DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE Y EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD.

Firma del Paciente

Fecha

Nos gustaría agradecerle por mantener su cita de hoy y por darnos la oportunidad de brindarle una atención de salud profesional.