

INFORMACION DE EL PACIENTE (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION DE ENVIO		NUMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE CASA () -	CELULAR () -	TELEFONO DE TRABAJO () -	FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NUMERO DE SEGURO SOCIAL / /
EMAIL		MEDICO QUE LO REFIERE	DESCRIBA SINTOMA(S) ACTUAL(ES) PARA ESTE EXAMEN		

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MEDICO Y/O PAGO SERA REQUERIDO

1. ASEGURADORA PRIMARIA		TITULAR DE LA POLIZA	NUMERO DE SEGURO SOCIAL / /
<input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE		DIRECCION DE FACTURACION	
		NUMERO DE IDENTIFICACION DE POLIZA	NUMERO DE GRUPO/PLAN
Paciente de Medicare solamente: ¿Está participando actualmente en un ensayo de investigación clínica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2. ASEGURADORA SEGUNDARIA		TITULAR DE LA POLIZA	NUMERO DE SEGURO SOCIAL / /
<input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE		DIRECCION DE FACTURACION	
		NUMERO DE IDENTIFICACION DE POLIZA	NUMERO DE GRUPO/PLAN
3. COMPENSACION PARA TRABAJADORES (Worker's Compensation)			
COMPANIA EN QUE TRABAJA	DIRECCION DE COMPANIA EN QUE TRABAJA		TELEFONO DE TRABAJO
ASEGURADORA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES	DIRECCION de ASEGURADORA de COMPENSACION para TRABAJADORES		NUMERO DE RECLAMO
FECHA EN QUE FUE LESIONADO	NOMBRE DEL AJUSTADOR		TELEFONO DE AJUSTADOR () -

ASIGNACION DE ASEGURADORA

Por medio de la presente autorizo la divulgación a mi compañía de seguro acerca de mi tratamiento en South Texas Radiology Imaging Centers (STRIC). Autorizo, además, que se le pague directamente a STRIC 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 STRIC 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.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA A PROVEEDORES DE SALUD

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

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA A STRIC

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

SEGURO MEDICO FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES - CONCENTIMIENTO DE POSIBLE OBLIGACION LEGAL

Estoy conciente de que la institución STRIC 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 mi 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

NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SI NO ES EL PACIENTE)