



**REGISTRO DEL PACIENTE
POR FAVOR, COMPLETA EL FORMULARIO**

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE INICIAL DEL MEDIO APELLIDO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO EDAD ESTADO CIVIL SEXO

DIRECCION DE DOMICILLO CIUDAD ESTADO CODIGO TELÉFONO DE CASA

PATRONO DEL PACIENTE O DE LOS PADRES TELÉFONO DE TRABAJO TELÉFONO CELULAR

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (O DE LOS PADRES DEL PACIENTE)

NOMBRE DEL ASEGURADO (O DEL PADRE) NO. SEG. SOC. FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION DE DOMICILIO CIUDAD ESTADO CODIGO
(SI DIFIERE DE LA DIRECCION DEL PACIENTE)

EMPLEADOR DEL ASEGURADO (O DEL PADRE) TELÉFONO DE TRABAJO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Si usted está cubierto por más de uno plan de seguro, es importante que indique todos.

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

RELACION RELACION

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

¿SE HA LESIONADO EN EL TRABAJO? SI NO FECHA DE SU ACCIDENTE RECLAMO #

¿SE HA LESIONADO EN UN ACCIDENTE DE COCHE? SI NO FECHA DE SU ACCIDENTE NOMBRE DEL ASEGURADOR

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ¿QUIÉN LE DERIVÓ?

CC: ENVIAR LOS RESULTADOS A OTRO MÉDICO: (EL NOMBRE DEL MÉDICO)

POR FAVOR, LLENA EL FORMULARIO.

RAZA:

- NATIVO DE AMÉRICA DEL NORTE O ALASKA
- ASIÁTICO
- NEGRO O AFROAMERICANO
- HAWAIANO O NATIVO DE POLINESIA
- BLANCO

IDENTIDAD ÉTNICA

- HISPANO/LATINO
- NO HISPANO/LATINO

IDIOMA

- INGLÉS
- ESPAÑOL
- ÁRABE
- CANTONÉS
- HEBREO
- JAPONÉS
- COREANO
- MANDARÍN
- RUSO
- Otro _____

EL CONSUMO DE TABACO

- Fumo todos los días
- Fumo algunos días
- Antes, fumaba; ahora ya no
- Nunca he fumado

LAS MUJERES:

¿Está embarazada o amamantando?

- Sí
- No

LOS PACIENTES QUE TIENEN MÁS DE 49 AÑOS:

¿Ha tenido una prueba para la detección del cancer colorectal?

- Sí
- No
- No sé

LOS PACIENTES QUE TIENEN MÁS DE 63 AÑOS:

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía?

- Sí
- No
- No sé

LAS MUJERES QUE TIENEN 40-69 AÑOS:

¿Ha tenido una mamografía para la detección del cáncer de mama?

- Sí
- No
- No sé

TODOS LOS PACIENTES:

Por favor, haga una lista de los medicamentos que toma usted actualmente:

¿Tiene alguna alergia?

- No
- Sí Enumera todas las alergias. _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y ASIGNAR BENEFICIOS Y ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente cedo a Kenosha Radiología Center, LLC. (KRC) como seguros u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de salud proporcionados a mí o a mi dependiente (s). También entiendo que si son asignados los beneficios, o si por acuerdo contractual, el pago a KRC será hecho por mi seguro, que yo soy responsable por cualquier co-pagos y deducibles, y que estas sumas cuando los servicios son prestados. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios de seguro y si los servicios del yo o mis dependientes (s) a recibir son un beneficio cubierto. Yo entiendo y acepto que mi compañía de seguros se ha anunciado como una cortesía y acepto la responsabilidad financiera por los servicios prestados que no están cubiertos por mi seguro, y por el saldo que adeude KRC que no es capaz de recoger de mi compañía de seguros (s) de la razón que sea.

Por la presente autorizo y dirigir mi compañía de seguros (s) a pagar directamente al Centro de Radiología de Kenosha, LLC. cualquier beneficio que me corresponde en mi plan de seguro (s). Si los beneficios no están asignados a KRC, estoy de acuerdo en remitir a KRC todos los pagos del seguro o el beneficio que reciben por los servicios prestados inmediatamente después de recibir y / o hacer el pago, en su totalidad, por los servicios prestados. Yo entiendo que KRC tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios (excepto cuando se prohibió por contrato).

También autorizo a KRC a utilizar y divulgar cualquier información personal de mi médico para el tratamiento y el pago (incluyendo a mi compañía de seguros (s)). En caso de una cuenta morosa, me comprometo a pagar intereses sobre el saldo pendiente de pago en la cantidad máxima permitida por la ley y me comprometo a pagar los honorarios del abogado y los gastos reales de gestión. SI ESTOY SEGURO, yo entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos.

Es obligatorio que le diga a KRC si usted sabe que la otra parte es responsable de pagar por su tratamiento. Section 1128B of the Social Security Act and 31 USC 3801-3812 establecer sanciones por retener esta información.

MEDICARE / MEDICAID / CHAMPUS BENEFICIOS DEL SEGURO:

Yo certifico que la información dada por mí al solicitar el pago en virtud de estos programas es la correcta. Yo autorizo la entrega de cualquiera de mí o mis dependientes registros que estos programas pueden solicitar. Por este medio directo de que los beneficios de pago de mí o mis dependientes autorizados sea hecho directamente a Kenosha Radiología Center, LLC. en mi nombre.

LABORATORIO:

Yo entiendo que puedo recibir una factura por separado si mi cuidado médico incluye servicios de laboratorio. Además, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier co-pago o saldo a pagar por estos servicios si no son reembolsados por mi seguro por cualquier motivo.

Firma de la persona responsable

Fecha

PONTE EN CONTACTO CONMIGO DE LA SIGUIENTE MANERA (MARQUE TODAS LAS QUE SON APLICABLES):

Yo certifico que entiendo los riesgos para la privacidad del correo electrónico, llamadas telefónicas y correo electrónico. Como se indicó anteriormente, la presente autorizo a un Centro de Radiología de Kenosha, LLC. representante de correo electrónico, llamada o correo electrónico-me con las comunicaciones con respecto a mi salud, incluyendo pero no limitado a cosas tales como recordatorios de citas, de acuerdos de referencia, y los resultados de laboratorio. Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación Kenosha Radiología Center, LLC. a tal efecto por escrito.

TELEFONO DE CASA

- Ok para dejar un mensaje con información detallada**
- Dejar un mensaje con el número de devolución de llamada sólo**
- No deje un mensajes en el teléfono de casa**
- No llame al teléfono de casa**

TELÉFONO DE TRABAJO

- Ok para dejar un mensaje con información detallada**
- Dejar un mensaje con el número de devolución de llamada sólo**
- No deje un mensajes en el teléfono de trabajo**
- No llame al teléfono de trabajo**

COMUNICACIÓN POR ESCRITO

- Ok para enviar por correo a la dirección de su casa**
- Ok para enviar por fax a _____**
- No envíe por correo a la dirección de su casa**
- Ok para enviar a _____**
- Ok al e-mail a _____**

TELEFONO DE CELULAR

- Ok para dejar un mensaje con información detallada**
- Dejar un mensaje con el número de devolución de llamada solo**
- No dejen un mensajes en el teléfono de celular**
- No llame al teléfono de celular**

Firma del paciente

Fecha