

**Steinberg Diagnostic Medical Imaging
Formulario de Información de Paciente**

Refiriéndose Medico: _____

Nombre de Paciente _____

Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: ____

Domicilio de Paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____ de Trabajo: _____ de Celular: _____

Empleador: _____

Información de Padres / Guardián

El paciente es un menor? ____ (En caso afirmativo, el Padres / Guardián información es necesaria.)

Nombre de Padres / Guardian: _____

Numero de seguridad social de los Padres / Guardián: ____ - ____ - ____ Sexo: ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Relacion: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Empleador: _____ Teléfono de Empleador: _____

Información de Seguro

Necesitamos su identificación y su tarjeta de seguro.

Seguro Primario

Compañía de Seguros: _____

Numero de Identificación _____ Grupo: _____ Fecha de Efectivo: _____

Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____

Numero de Seguridad Social del Asegurador: ____ - ____ - ____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____ Sexo: _____

Empleador del Asegurado: _____

Seguro Secundario

Compañía de Seguros: _____

Numero de Identificación _____ Grupo: _____ Fecha de Efectivo: _____

Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____

Numero de Seguridad Social del Asegurador: ____ - ____ - ____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____ Sexo: _____

Empleador del Asegurado: _____

Firma

Estoy de acuerdo en que lo anterior es fiel a lo majar de mi conocimiento.

Firma del Paciente o Padres / Guardián: _____ Fecha: _____

Estimado Paciente

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado medico. Lo siguiente es nuestra Política de Finanzas. Nuestra preocupación principal es que usted reciba tratamiento adecuado y optimo para recuperar su salud. Por esta razón, si usted tiene alguna pregunta o preocupación sobre nuestras políticas de pagos, por favor no se espera a ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios.

Nosotros pedimos que nuestros pacientes lean y firmen nuestra Política de Finanzas de tener un examen.

Pacientes que pagan en efectivo – pagos por nuestros servicios son realizados al tiempo que los servicios son proveídos.

Pacientes Asegurados – co-pagos, deducibles, y/o 20% de la factura se cobra al tiempo que los servicios son proveídos. Nosotros aceptamos pago en efectivo, cheques, MasterCard, Discover y VISA para su conveniencia.

Si su compañía de seguro no paga dentro de 30 días el balance final, pedimos que usted se ponga en contacto con el proveedor de su seguro para facilitar el proceso. Todos los pacientes asegurados son requeridos firmar escritura de traspaso de beneficios por pago de la compañía de seguro.

Cheques regresados serán sujetos a un honorario de \$25.00.

Cuentas delinquentes serán entregadas a una Agencia de abogado o colección sin previo aviso. Las cuentas serán consideradas delinquentes si no remunerado después de 60 días. En caso de que su cuenta es entregada para la recopilación, usted será responsable por cualquier costo, incluyendo honorarios de colección, interés, los costos de la Corte y otros gastos asociados con la recopilación de la deuda.

Escritura de Traspaso de Beneficios

Por el presente testamento garantizo pago por todos los honorarios incurridos en la oficina de Steinberg Diagnostic Medical Imaging. Por el presente testamento asigno y dirijo pago de cualquier y todos los beneficios por servicios médicos proveídos por SDMI directamente a Steinberg Diagnostic Medical Imaging. Por el presente autorizo ceder la información médica requerida para procesar mi reclamación al seguro.

Yo he leído y estoy con acuerdo con los términos deletreados en detalle en la política de finanzas y escritura de traspaso de beneficios. Yo entiendo que esta escritura de traspaso de beneficios aplica a todos los servicios realizados en Steinberg Diagnostic Medical Imaging y esta en efecto asta que sea revocada específicamente por escrito. Además estoy de acuerdo que últimamente yo seré responsable por pagar todos los honorarios incurridos si mi seguro falla a pagar.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Política de Información de Salud

Yo he recibido una copia de Steinberg Diagnostic Medical Imaging's (SDMI) Aviso de Practicas de Privacidad detallando como mi información puede ser usada y divulgada como es permitido bajo leyes estatales y federales.

Yo entiendo que SDMI puede dejar un mensaje en mi contestador o con una tercera persona sobre información de salud limitada, citas pendientes, hora y lugar de citas pendientes, u otra comunicación relacionada al cuidado de mi salud.

Yo entiendo que SDMI puede divulgar mi información de salud a otras entidades, como la compañía de mi seguro por razones de tratamiento, cobro u operaciones de negocio.

Yo autorizo la(s) siguiente persona(s) acceso al uso o revelación de mi información de salud. Yo entiendo que esta autorización estará en efecto asta que sea revocada específicamente por escrito:

Firma Paciente / Padres / Tutor/aGuardian

_____ Fecha _____

Una vez mas, gracias por elegirnos como su proveedor de salud. Agradecemos su confianza en nosotros y le agradecemos la oportunidad de servirlo/a.



Pt ID «PatientNumber»
Patient Name «PatientFullName»

Informacion Medica

Por Favor provea informacion medica:

Por favor diganos acerca de sus
síntomas o razón de examen:

Datos Demograficos

Idioma Preferido: _____

Etnicidad: _____

Uso de Tabaco

Si es aplicable, cuales productos de tabaco usa usted?

Producto de Tabaco

- No he usado Tabaco
- Cigarro
- Cigarrillo
- Tabaco Sin Humo

Si usted usa tabaco, su medico le ha ofrecido informacion acerca de como dejar de fumar?

Medicinas

Por favor liste medicinas recetadas que esta tomando, incluyendo la dosis y cada cuando. (Si no recuerda la dosis deje en blanco)

Medicinas	Dosis/Cada Cuando?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias

Por favor liste cual quier alergia que ha tenido a algun medicamento y describa la reaccion.

Medicinas	Reaccion
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------