

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Doctor de Referencia: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Domicilio de Paciente: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**Información de Paciente / Guardián**

Es Menor el Paciente: \_\_\_\_\_ (Si si, Información de Padres / Guardián y firma es Requerida)  
Padre/Guardián Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleador: \_\_\_\_\_

**Información de Seguro**

Necesitamos su tarjeta de seguro actual y su licencia de manejar o de identificación.

Va a Ser Atendido por un Accidente o Lesión? \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de Accidente: (Marque Uno) Auto \_\_\_\_\_ Relacionado al Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Seguro Primario**

Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_ Número de Identificación # \_\_\_\_\_  
Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
Número de Seguro social del Asegurador: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario**

Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Numero de Identificación# \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_  
Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

**Firma**

Yo estoy en acuerdo que lo susodicho es verdad a mi mejor saber.

**Firma del Paciente o Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **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. Ofrecemos descuento de 15% cuando se paga por VISA, MasterCard, efectivo o cheque bancario.\*

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 Morosas serán enviadas a un abogado o agencia de cobros morosos sin aviso. Cuentas serán consideradas morosas si no son pagadas después de 60 días. En el evento de que su cuenta sea enviada a colecciones, usted será responsable de un honorario igual a 30% de la cantidad debida. Interés, costos de tribunal, y otros honorarios talvez apliquen.

**\*Descuento por pago en efectivo no aplica a exámenes ya disminuidos.**

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 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.