

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Primer nombre) _____ (Apellido) _____

Dirección actual del paciente _____ # de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

de teléfono () _____ # de teléfono celular () _____ #de trabajo () _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ____ # de licencia de manejar _____ # S.S. _____

Nombre de trabajo/escuela _____ Si es estudiante, tiempo completo _____

Dirección de trabajo _____

Nombre de su doctor _____ # de teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Zona postal _____

Padece de alergias a medicinas/ alimentos? _____

Persona a notificar en caso de emergencia _____ Parentesco _____

de teléfono () _____ Dirección _____

Su visita al doctor está relacionada a un accidente o herida? Sí ____ No ____

Accidente de auto _____ Accidente de trabajo _____ Otra razón _____

Información de la persona responsable (Por favor complete si la persona con seguro médico es el esposo(a), pareja, padre/tutor)

Parentesco entre el paciente y la persona con seguro médico _____ Nombre _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Zona postal _____

de teléfono () _____ # de teléfono de trabajo () _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ____ # de licencia de manejar _____ # S.S. _____

Nombre y dirección/trabajo _____

Yo autorizo el tratamiento médico de mi hijo/a _____

Firma del padre/tutor del menor de edad

Información del seguro médico (Por favor entregar esta forma completa y su tarjeta de seguro médico) Nombre de la

Compañía de seguro _____ # de teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Zona postal _____

de póliza _____ # de grupo _____

Seguro médico secundario _____ Ciudad, Estado, Zona postal _____

de póliza _____ # de grupo _____

Nombre de la persona asegurado(a) _____ Parentesco con el paciente _____

Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ # de licencia de manejar _____ # S.S. _____

Firma _____ Fecha _____

INFORMACION DEL PACIENTE

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por este medio autorizó a mi Compañía de seguro médico a pagar directamente a este proveedor por los servicios médicos y beneficios que estén cubiertos bajo mi plan de seguro médico. Yo acepto a pagar el balance de los gastos que no estén cubiertos bajo el plan médico, también autorizó a este proveedor a ceder a mi compañía de seguro médico cualquier información media que se considere necesaria. Si mi cuenta es referida a un abogado para poder recibir pago de mis gastos, yo entiendo que soy responsable de los gastos del abogado.

SI NO TENGO SEGURO MEDICO, yo entiendo que soy completamente responsable de todos los gastos.

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA CEDER INFORMACIÓN: Por este medio autorizó a Tower Saint John's Imaging Center ceder cualquier información medica necesaria a mi compañía de seguro médico para asegurar el pago de este reclamo bajo mi póliza de seguro médico. Además, esta autorización incluye pero no esta limitada a ceder información relacionada a drogas, alcohol, VIH, y a tratamientos psiquiátricos. También por medio de la presente autorizo a cualquier doctor clínica o hospital que me atendió como paciente a ceder toda la información medica que pueda ser necesaria para Tower Saint John's Imaging Center/doctor.

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a Tower Saint John's Imaging Center a dar tratamientos médicos y quirúrgicos, dicho tratamiento puede incluir radiografías, pruebas de laboratorio, anestesia y medicamentos que puedan ser requeridos por el doctor, asistentes o enfermeras. Estoy consciente que la práctica médica y quirúrgica no es una ciencia exacta y entiendo que no hay garantía a los resultados del tratamiento en este Tower Saint John's Imaging Center. Yo entiendo que algunos de los Doctores que practican en Tower Saint John's Imaging Center podrían no son empleados de este lugar, de que son doctores independientes. Tower Saint John's Imaging Center puede delegar a estos doctores independientes aquellos servicios que normalmente se provén en Tower Saint John's Imaging Center. Alguna pregunta relacionada al tratamiento o examen que mi doctor ha ordenado, tiene que ser dirigida al doctor(a) independiente que está encargado de mi cuidado medico.

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE B: Yo autorizo a TSJI/persona autorizada a ceder información medica a la Administración del Seguro Social, a sus intermediarios o a las personas particulares que profesionalmente sean parte de TSJI para el proceso de este u otro reclamo relacionado con Medicare. Una copia de esta autorización es considerada tan válida como la original para recibir pago por los servicios médicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los gastos que no fueran pagados por mi seguro médico.

NOTA: LA OFICINA DE MEDICARE SOLAMENTE CUBRE UNA MAMOGRAFIA POR AÑO Y SOLO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

Firma _____ Fecha _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Yo autorizó el tratamiento para mi hijo(a) _____ en TSJI.

Firma _____ Testigo _____

**TODAS LAS AUTHORIZACIONES DEBEN DE SER FIRMADAS PARA PODER PROCESAR
SII RECIAMO CON LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO Gracias**