

Iowa Radiology- 2024

Debido a los requisitos de la Ley de Reforma de la Atención de la Salud de Los Estados Unidos, ahora requerimos información adicional en el momento del servicio.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Seg. Sec. #: _____ Estado matrimonial: _____

Sexo designado al nacimiento: M____ F____ X____ Identidad de Genero: _____
(Si es diferente de nacimiento)

Porfavor circule uno:

Caucasian Asian African American American Indian Hispano/a Decline

Direccion: _____
Calle/Apt # Ciudad Estado Codigo postal

Correo Electronico: _____

Numero de Telefono : Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACION DEL MEDICO

En referencia: 1. _____ 2. _____

Ha tenido los servicios de radiologia anteriores bajo un apellido anterior? En caso afirmativo, indique:

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero de telefono#: _____

Si el paciente es menor de edad porfavor designer informacion de la persona responsable:

Nombre: _____ Relacion: _____ Fecha de nacimiento: _____

SELECCIONA UNA DE LAS SIGUIENTES:

***Dueno del seguro medico:**

Si mismo/paciente* _____ Esposo/a* _____ Padres* _____ Otro* _____ Ningun seguro/pago de uno mismo* _____

* si el asegurado es alguien que no sea uno mismo/paciente, porfavor complete lo siguiente:

Seguro de salud primaria/empleado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro de salud secundaria/empleado: _____ Fecha de nacimiento: _____

La Liberación de los registros y Autorización de los Beneficios del Seguro

Le doy a Iowa Radiología el consentimiento a tratarme como paciente en sus instalaciones. Por el presente autorizo a cualquier centro médico para liberar mis anteriores mamografías, filmes / imágenes y reportes a Iowa radiología por propósitos comparativos. Además, autorizo a Iowa Radiología liberar mis mamografías, filmes/imágenes y reportes por propósitos comparativos.

Yo doy permiso para liberar la información solicitada por la compañía de seguros a pagar este reclamo. Por este medio autorizo el pago directamente a Iowa Radiología, los beneficios de imagen aquí especificados y que correspondería pagar a mí. Al hacer esta autorización, entiendo que voy a ser responsable de todos los saldos pendientes de pago que no estén cubiertos por mi compañía de seguros. Asumo y acepto ser responsable por un cargo administrativo cuando mi cuenta entra en un estado predeterminado y es considerada "atrasada".

Soy consciente que Iowa Radiología está participando en la educación clínica de los estudiantes que atienden Iowa Health Des Moines Tecnólogos Radiológicos; doy mi consentimiento para recibir servicios de los estudiantes en el programa.

(Los estudiantes no estarán participando en el entrenamiento clínico en la mamografía o el ultrasonido).

Esta autorización es válida por un año calendario a partir de la fecha de la firma.

_____/_____/2024

Paciente (o guardián legal) Firma Fecha

Relación (si no paciente) Padre/Madre o guardián legal fecha de nacimiento