

# Iowa Radiology- 2022

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: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Last First MI

Soc. Sec. #: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Estado matrimonial: \_\_\_\_\_

Porfavor circule uno:

Caucasian Asian African American American Indian Hispano/a Decline

Dirección: \_\_\_\_\_  
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\* \_\_\_\_\_ Padre\* \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022

**Paciente** (o guardián legal) **Firma**

**Fecha**

Relación (si no paciente)

Padre/Madre o guardián legal fecha de nacimiento

### **Mamografías pacientes sólo:**

Si necesitas más estudios después de su mamografía de detección, tales como imágenes adicionales o ecografías más, nos pondremos en contacto con usted para programar una cita en nuestro Centro Diagnostico en 12368 Stratford Drive, Clive, Iowa.