

Forma de Registro del Paciente - Por favor, Imprimir

Nombre _____ Inicial _____ Apellidos _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Género _____ # de Seguro Social _____
Estado Civil: Soltero / Casado / Otros Médico que lo refirió a nuestra oficina _____
Dirección del paciente _____ Apartamento # _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____ Teléfono Celular _____ - _____ - _____
Dirección de Correo Electrónico _____
Estado de Empleo: Empleado Estudiante a tiempo completo Parte Estudiante tiempo Cuenta Propia Retirado
Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____ - _____ - _____
Contacto de Emergencia: _____ Emergencia Teléfono de Contacto: _____ - _____ - _____

Garante (Complete si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____ # de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el Paciente: _____
Dirección (si es diferente a la del paciente): _____
Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____ Teléfono Celular _____ - _____ - _____
Estado Garante de Empleo: Empleado Estudiante a tiempo completo Parte Estudiante tiempo Cuenta Propia
 Retirado
Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____ - _____ - _____

La siguiente información está siendo recopilada de conformidad con los requisitos del Departamento de Salud de TN en el cumplimiento de la ley del estado de Tennessee.

Raza: Blanco / Negro / Indio Americano Esquimales o aleutianos Asiáticos o isleños del Pacífico
 Otra Raza Raza Desconocida

Raza: Origen Hispano No Origen Hispano Origen Hispano Desconocido

Por favor, marque la casilla correspondiente en respuesta a la siguiente pregunta. Ha ejecutado una directiva anticipada de atención, un testamento vital o un poder notarial? Sí No

Accidentes del trabajo: Sí No Accidente de vehículo: Sí No Accidente / Lesión Fecha: ____ Estado: ____

Compensación de seguro del trabajador - Si el trabajo esta relacionado con lesiones, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del seguro de compensación: _____

Teléfono del seguro de compensación: _____ - _____ - _____

Número de Reclamo: _____ Administrador de Casos: _____

Ajustador: _____ Autorizado por: _____

Si se trata de un accidente automovilístico ver nuestra política financiera sobre el manejo de las reclamaciones.

Premier
Radiology



Revisado 6.5.2020

www.PremierRadiology.com

Open MRI ■ MRI ■ CT ■ X-Ray ■ Ultrasound ■ Women's Services ■ Pain Services ■ Nuclear Medicine ■ Interventional Radiology

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Marque aquí para indicar que **NO** tiene cobertura de seguro médico en esta fecha.

Seguro Primario _____ Número de Poliza _____

Nombre del Plan _____ Número de grupo _____

Relación: Suyo / Cónyuge / Hijo / Otros _____ Nombre del suscriptor _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor ____/____/____ Número de Seguro Social del Suscriptor _____

Seguro Secundario _____ Número de Poliza _____

Nombre del Plan _____ Número de grupo _____

Relación: Suyo / Cónyuge / Hijo / Otros _____ Nombre del suscriptor _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor ____/____/____ Número de Seguro Social del Suscriptor _____

Si usted está inscrito en Medicare, por favor revise su tipo de inscripción Medicare:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 12 - Trabajo beneficiario Edad / cónyuge con un plan de salud del empleador grupo | <input type="checkbox"/> 16 - Servicio de Salud Pública u otra agencia federal |
| <input type="checkbox"/> 13 - Etapa Final de Enfermedad Renal Terminal (ESRD) beneficiario en período de coordinación de Medicare con un plan de salud del empleador | <input type="checkbox"/> 41 - Pulmón Negro |
| <input type="checkbox"/> 14 - No-Culpable, incluyendo auto/otros | <input type="checkbox"/> 42 - La Administración de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> 15 - Compensación a los Trabajadores | <input type="checkbox"/> 43 - Beneficiario discapacitado menor de 65 años con el plan de salud de grupo grande |
| | <input type="checkbox"/> 47 - Otros Seguro de Liabilidad |

Solicitud o consentimiento para la divulgar la información médica o registros

Por la presente autorizo a la siguiente persona (s) para tener acceso a mi información médica y de facturación, como se indica en el formulario de consentimiento HIPAA que firmé.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Además de enviar mi informe médico con el médico ordena, autorizo a los siguientes médicos / profesionales / hospital para tener acceso a mis registros médicos de continuidad de la atención médica.

Médico u Hospital Nombre: **Premier Radiology**

Dirección: **28 White Bridge Pike, Nashville, TN 37205** Teléfono: **615.356.3999**

CUENTAS DELINCUENTES: Revisamos las cuentas vencidas con frecuencia y en cada ciclo de estado de cuenta. Su comunicación y participación para garantizar que su saldo se pague a tiempo es importante para nosotros. Es imperativo que mantenga comunicaciones y cumpla con su acuerdo financiero y arreglos para mantener su cuenta activo y en buen estado.

Si su cuenta se vence sesenta (60) días, se pueden tomar más medidas para cobrar esta deuda. Si no paga a tiempo y remitimos su (s) cuenta (s) a un tercero para su cobro, se le cobrará una tarifa de cobro que deberá abonarse al momento de la remisión al tercero. La tarifa se calculará en el porcentaje máximo permitido por la ley aplicable, que no exceda el 18 por ciento. Además, nos reservamos el derecho de negar el tratamiento futuro que no sea de emergencia para todos los saldos de cuentas impagas relacionadas con el deudor.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR: Doy permiso y consentimiento a Premier Radiology y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir cobradores de deudas por obligaciones vencidas): (1) contactarme por teléfono a cualquier número asociado conmigo, si proporcionado por mí u otra persona en mi nombre; (2) dejar mensajes para mí e incluir en dichos mensajes los montos adeudados por mí; (3) para enviarme mensajes de texto o correos electrónicos utilizando cualquier dirección de correo electrónico que proporcioné o cualquier número de teléfono asociado conmigo, si lo proporcioné yo u otra persona en mi nombre; y (4) usar mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o un sistema de marcación telefónica automatizado (un marcador automático) según lo definido por la Ley de Protección al Consumidor de Teléfono en relación con cualquier comunicación que se me envíe tal como se proporciona aquí o cualquier servicio programado relacionado y mi cuenta. Entiendo que mi negativa a dar el consentimiento descrito en este párrafo no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica.

MI FIRMA INDICA QUE TODA LA INFORMACIÓN REFLEJADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y PRECISA

Firma del paciente, parte responsable o representante del paciente

____/____/____
Fecha

Iniciales de recepción _____

www.PremierRadiology.com

Open MRI ■ MRI ■ CT ■ X-Ray ■ Ultrasound ■ Women's Services ■ Pain Services ■ Nuclear Medicine ■ Interventional Radiology