

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 información a continuación se recopila de conformidad con los requisitos del Departamento de Salud de Wisconsin, de conformidad con la ley estatal de Wisconsin.

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**



Ascension

www.PremierRadiologyWI.com

PET/CT ■ MRI ■ CT ■ Ultrasound ■ 3D Mammography ■ Bone Density ■ X-Ray

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:

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

Dirección: **10180 Washington Avenue, Suite 101, Mount Pleasant, WI 53177** Teléfono: **414.973.7830** _____

Mi firma indica que toda la información obtenida en este formulario es verdadera y exacta.

_____/_____/_____
Firma del partido paciente, responsable o representante del paciente _____ Fecha

Iniciales Recepción _____

LAS CUENTAS MOROSAS:

Revisamos las cuentas atrasadas con frecuencia y en cada ciclo de estado. La comunicación y la participación para asegurar que su saldo se paga a tiempo es importante para nosotros. Es imperativo que usted mantenga comunicaciones y cumplir con su acuerdo financiero y las disposiciones para mantener su cuenta activa y en buen estado.

Si su cuenta se vence sesenta (60) días, se pueden tomar más medidas para cobrar esta deuda. Si tenemos que remitir su cuenta a una agencia de cobranza, usted acepta pagar todos los costos de cobranza en los que se incurre. Si tenemos que remitir el cobro del saldo a un abogado, usted acepta pagar todos los honorarios de abogados en los que incurramos más todos los costos judiciales. En caso de demanda, usted acepta que el lugar será el condado de Racine, Wisconsin. Además, nos reservamos el derecho de negar el tratamiento futuro que no sea de emergencia para todos y cada uno de los saldos de cuentas impagas relacionadas con el deudor.