

Raleigh Radiología Forma paciente de la información y del consentimiento

Su información de salud será mantenida confidencial. Cualquier información que recojamos sobre usted en esta forma será mantenida confidencial en nuestras oficinas. Si un reclamo se somete al Seguro de Medicare su información de salud de esta forma se puede compartir con el Seguro de Medicare. Su información de salud que el Seguro de Medicare considera será mantenida confidencial por el Seguro de Medicare

INFORMACIÓN PACIENTE:

Fecha de Hoy: _____

Apellido: _____

La Examinación Solicitó:: _____

Nombre: _____

Inicial media: _____

Referir MD: _____

Sufijo: _____ (ejemplo, Jr.; Sr. ; III)

Sexo: Hembra Varón

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

SS #: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código: _____

Tel de Casa: (____) _____ - _____

Trabajo: (____) _____ - _____

Tel Móvil: (____) _____ - _____

Si el paciente es un menor de edad (bajo 18 años de la edad), termine por favor el siguiente:

Partido responsable: Relación del _____:

Dirección, si es diferente de antedicho: _____

Teléfono casero: _____ (____) - _____ Teléfono del trabajo: _____ (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Dé por favor las tarjetas a la recepcionista; [ellos] le será vuelto.)

Seguro primario:

Sostenedor de política: _____ - _____ - _____ /____/____
Nombre pasado Nombre MI Seguridad Social # Fecha de nacimiento

Seguro secundario:

Sostenedor de política: _____ - _____ - _____ /____/____
Nombre pasado Nombre MI Seguridad Social # Fecha de nacimiento

Consentimiento y reconocimiento

Autorizo la radiología L.L.C. de Raleigh. Lanzar cualquier información médica o otra información necesito para esto o un reclamo relacionado. Permiso una copia de esta autorización de ser utilizado en lugar de la original. Si se acepta la asignación, solicito el pago de las ventajas de seguro me haga directamente a la radiología L.L.C. de Raleigh. Soy responsable del deducible, del co-pago, y del servicio no cubierto (según lo determinado por mi asegurador.) Autorizo el lanzamiento de la información, de las películas, y de las copias pertinentes a mi historial médico y para la carta recordativa de encontrar sospechoso.

Firma del paciente: _____ *Date:* _____

*El paciente del *If es un partido de menor importancia, responsable firma por favor*

Como paciente de la radiología de Raleigh, reconozco que tenía la oportunidad de repasar el aviso de la radiología de Raleigh de las prácticas del aislamiento, según lo requerido por HIPAA. Entiendo que puedo solicitar una copia de papel de esta política para guardar.

Firma del paciente: _____ *Fecha:* _____

*El paciente del *If es un partido de menor importancia, responsable firma por favor*