

**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 necesitó 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*