



Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha De Nacimiento: _____ Numero De Seguro Social: _____

Nombre: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Primer Nombre Apellido

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular/móvil: _____

Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

¿Necesita Interprete?: ☐ Si ☐ No Doctor De Cabecera: _____

Estado Civil: ☐ Divorciado (a) ☐ Legalmente Separado ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo (a) ☐ Desconocido

Religión: _____

Origen Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Rehúsa Especificar ☐ Desconocido

Raza: Asiatico ☐ Negro o Afro-Americano ☐ Indio o Nativo De Alaska ☐ Nativo Hawaiano o Isla del Pacifico

☐ Blanco o Caucásico ☐ Desconocido ☐ Rehúsa Especificar ☐ Otro _____

Necesidades Especiales: ☐ Si ☐ No _____

INFORMACION DEL SUBSCRIPTOR

Nombre: _____
Primer Nombre Apellido

Fecha De Nacimiento: _____ Numero De Seguro Social: _____

Relación: _____ ¿Se necesita un intérprete?: ☐ Si ☐ No

Numero De Telefono Principal: _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular/móvil

Guardián Legal: ☐ Si ☐ No Idioma Preferido: _____

¿Notificar Sobre Admisiones?: ☐ Si ☐ No Mismo hogar/Domicilio? ☐ Si ☐ No



EMPLEADOR DEL PACIENTE

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Estado de Empleo: _____ Phone: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Necesita Interpretar: ☐ Sí ☐ No

Número Primario: _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

Guardian Legal: _____ ☐ Sí ☐ No Language Preferible: _____

¿Notificar Sobre Admisiones?: ☐ Sí ☐ No Viven en la misma vivienda? ☐ Sí ☐ No

PARA LAS PACIENTES FEMENINAS

Algunos procedimientos de imagen están contraindicados (no se recomiendan) para pacientes que pueden estar embarazadas. Si puede estar embarazada, notifique a uno de los miembros de nuestro equipo.
Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta declaración y declaro que no estoy embarazada y que no hay posibilidad de que pueda estarlo.

Firma

Fecha

Fecha del último período menstrual: ____/____/____

AUTORIZACIÓN Y ACUERDO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO: Autorizo a Santa Fe Imagen, LLC a proporcionar los tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos necesarios, incluidos los procedimientos de diagnóstico, rayos X y laboratorio, anestesia, medicamentos y suministros según lo ordene el médico tratante (s), sus asistentes o sus designados. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los resultados del tratamiento y los procedimientos de diagnóstico en Santa Fe Imagen, LLC. Reconozco que los médicos que ejercen en Santa Fe Imagen, LLC no son empleados o agentes de Santa Fe Imagen, LLC, sino médicos independientes. Santa Fe Imagen, LLC puede delegar a estos médicos independientes aquellos servicios que los médicos normalmente brindan, y cualquier pregunta relacionada con la atención que mi médico ha brindado u ordenado debe dirigirse a él / ella.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo el pago directamente a Santa Fe Imagen, LLC de todos y cada uno de los beneficios médicos aplicables y pagaderos a mí. Entiendo que soy financieramente responsable ante Santa Fe Imagen, LLC por los cargos no cubiertos por esta asignación. También entiendo que Santa Fe Imagen, LLC está presentando mis reclamos como cortesía para mí y que, a menos que esté estipulado en un contrato con mi proveedor, soy responsable del pago de este reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a Santa Fe Imagen, LLC a divulgar cualquier información, incluida la información sobre diagnóstico y tratamiento solicitada por la compañía de seguros / médico / hospital necesaria para recopilar beneficios bajo las políticas establecidas en el momento del tratamiento, o cualquier política que posteriormente reclamo por servicios hospitalarios, incluidos los relacionados con drogas, alcohol, anticuerpos contra el VIH y / o tratamiento y / o pruebas psiquiátricas.

Firma del paciente o representante de la persona, para

Fecha