

**FORMULARIO DE REGISTRO
DEL PACIENTE**

**5530 Long Prairie Trace
Suite 400, Richmond
Texas 77407
Phone: (832) 400-2731**

Fecha: _____ Referido Por el Médico: _____

Información del Paciente:

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial del Segundo Nombre:** _____

Sexo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Dirección:** _____ **Apt#:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Celular:** _____ - _____ - _____

¿El Paciente es Menor de Edad? Sí / No En Caso Afirmativo, Nombre del Padre/Guardian: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ **Relación con el Paciente:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Celular: _____ - _____ - _____ **Teléfono del Trabajo:** _____ - _____ - _____

Información del Seguro:

Seguro Primario:

Nombre del Seguro: _____

Numero de póliza: _____

Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el Paciente: _____

Seguro Secundario:

Nombre del Seguro: _____

Numero de póliza: _____

Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el Paciente: _____

Consentimiento y Reconocimiento

Autorizo a Maximum Resolution Imaging a divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para este reclamo o uno relacionado. Si es aceptado, solicito el pago directo de los beneficios del seguro a Maximum Resolution Imaging. Soy responsable del deducible, el copago y los servicios no cubiertos según lo determine mi aseguradora.

Entiendo que cualquier pago de deducible o co-seguro realizado en esta fecha de examen son estimaciones basadas en la información de Maximum Resolution Imaging recibida de mi compañía de seguros antes de la presentación del reclamo. Los montos adicionales pueden ser mi responsabilidad de acuerdo con mi plan de seguro individual y Maximum Resolution Imaging me facturará el saldo restante.

Autorizo la divulgación de información, videos y copias relevantes para mi historial médico y para el seguimiento de cualquier hallazgo sospechoso. Este consentimiento autoriza a Maximum Resolution Imaging a divulgar mi registro médico, incluidas imágenes e informes, a mi compañía de seguros, al médico que me refirió y a otros médicos involucrados en mi atención.

Usted u otras personas que tengan su permiso por escrito deberán presentar una identificación con foto al recoger registros médicos. PERMITA 24 HORAS PARA PROCESAR SUS IMÁGENES Y REGISTROS ANTES DE RECOGERLOS.

Como paciente de Maximum Resolution Imaging, reconozco haber revisado el Aviso de prácticas de privacidad de Maximum Resolution Imaging según lo exige la HIPAA. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa de esta política para mis archivos.

Firma del Paciente/Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____