

TRI- CITY RADIOLOGY PATIENT INFORMATION FORM

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Primero: _____ Segundo: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ (_____)
Telefono de Casa#: (_____) _____ Telefono de Celular#: (_____) _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social#: _____
Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: _____
Empleador: _____ Telefono de Empleador #: (_____) _____

EL INDIVIDUO RESPONSIBLE POR EL PACIENTE

La Relacion al garante: (i.e. Padre, Madre, Esposo, Esposa, Nino, Nina, etc) _____
Nombre Primero: _____ Segundo: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ (_____)
Telefono de Casa#: (_____) _____ Telefono de Celular#: (_____) _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social#: _____ Sexo: Masculino Femenino
(Necesario)

CONTACTO DE EMERGENCIA

(El pariente o un amigo que no viven con usted)

Nombre: _____ Telefono#: (_____) _____ Relacion: _____

TIPO DE ASEGURANSA

PRIMARIA: _____

Persona Asegurado: _____

Fecha de Asegurado: ____/____/____
(Necesario)

SEGUNDARIA: _____

Persona Asegurado: _____

Fecha de Asegurado: ____/____/____
(Necesario)

El trabajo y las industrias reclamo:

CLAIM#: _____

La fecha de herida: ____/____/____

El empleador para el reclamo: _____

Telefono de Empleador #: (_____) _____

Assignment y Suelta: Yo certifico que la informacion contenida en esta forma es correcta. Yo autorizo y doy permiso para compartir cualquier informacion medica necesaria para procesar esta forma tratamiento, pago y operaciones de la compania. Yo autorizo pagos para beneficios medicos a Tri City Radiology, proveedor servicios.

Firma de Paciente: _____

Fecha: ____/____/____