

# PARK CITY IMAGING REGISTRO DE PACIENTES

## INFORMACION DEL PACIENTE

1er Apellido \_\_\_\_\_ 1er Nombre \_\_\_\_\_  
No. Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo M F  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Telefono Hogar \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Telefono Mobil \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Telefono Empleo \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Si el paciente es menor de edad)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
No. Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Lugar De Empleo \_\_\_\_\_  
No. Telefono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
No. Telefono Hogar \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ No. Telefono Mobil \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Consentimiento para Tratamiento.** Yo busco servicios de imagenes para diagnosis voluntariamente, Y por la presente doy consentimiento a uno o mas Estudios de Imagen, Flouroscoopia, y otros servicios relacionados. Yo tengo el derecho de negarme a recibir estudios o procedimientos especificos. Este acuerdo puede ser revocado por mi a cualquier tiempo con una notificacion por escrito y es valido hasta ser revocado por mi.

**Distribucion de Beneficios.** Yo por esta doy a Park City Imaging mi derecho a los beneficios de aseguranza que serian pagados a mi por servicios otorgados, ya sean de cualquier poliza de aseguranza, Plan de Salud individual adquirida personalmente, Medicare o Medicaid bajo mi nombre o en mi beneficio. Aun mas autorizo pago de beneficios directamente a Park City Imaging. Yo entiendo que el acepto de Distribucion de Aseguranza no me quita la responsabilidad de pagar por servicios medicos, y que yo soy responsable de todos los cargos sean o no cubiertos por mi plan de aseguranza. Aun mas entiendo que pagos por servicios otorgados a mi causados por un accidente u otra forma de lastimo esmi sola responsabilidad.

**Poliza de Coleccion.** Co-Pagos, Co-Aseguranza y pagos privados deben ser pagados al momento del servicio. El cobro hecho a la aseguranza es hecho como una cortesia. Se requiere una copia de mi tarjeta de aseguranza en cada visita. Es mi responsabilidad comunicarme con mi compania de aseguranza en cualquier reclamo debido. Si mi cuenta no tiene un balance de zero al fin de 90 dias, podria forzar que manden mi cuenta a una agencia de colecciones. Debo otorgar informacion correcta antes de recibir servicios. En caso de que mi cuenta vaya a una Agencia de Colecciones, yo soy responsable por costos de colecciones y cobros de la agencia mas el balance debido mas costos de corte y cobros de abogado.

**Autorizacion de Liberacion de Informacion.** Yo por la presente autorizo a Park City Imaging a lieberar informacion en la forma de copias de imagen y/o reportes de interpretacion a mi y a cualquier medico o proveedor de cuidado de salud que me haya atendido o otorgara servicios medicos en el curso de mi tratamiento. Yo entiendo que la revelacion de mi Informacion de Salud Protegida es voluntaria y que no necesito firmar esta autorizacion para asegurar servicios. Aun mas entiendo que hay potencial de que mi informacion sea divulgada sin autorizacion y que la informacion no sea protegida por reglas Federales de Confidencialidad. El revoco de esta autorizacion no afectara a revelaciones de informacion hechas antes de ser revocada.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del Paciente (Escrito) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMARIA

1er Apellido \_\_\_\_\_ 1er Nombre \_\_\_\_\_  
No. Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relacion al Paciente: Yo mismo Esposo/a Padre Otro \_\_\_\_\_  
Nombre de Grupo (Empleo) \_\_\_\_\_ Numero de Miembro \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ No. Telefono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
No. Poliza/Grupo \_\_\_\_\_ Se lastimo en su Trabajo?: Si No Accidente de Vehiculo?: Si No  
No. Caso de Worker's Comp \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Nombre de Contacto Worker's Comp \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA

1er Apellido \_\_\_\_\_ 1er Nombre \_\_\_\_\_  
No. Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relacion al Paciente: Yo mismo Esposo/a Padre Otro \_\_\_\_\_  
Nombre de Grupo (Empleo) \_\_\_\_\_ Numero de Miembro \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ No. Telefono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
No. Poliza/Grupo \_\_\_\_\_

## SELF PAY INFORMATION

CPT Code(s) \_\_\_\_\_ Charge(s) \_\_\_\_\_  
Discount Amount \_\_\_\_\_ Total Due \_\_\_\_\_  
(Must be paid in full at time of service)  
Time Payment Plan      Y      N      Financial Hardship      Y      N

## WORKERS COMPENSATION INFORMATION

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employer Phone # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Insurance Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_  
Worker's Comp Claim Number \_\_\_\_\_ Date of Injury \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
Worker's Comp Contact Name \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## MOTOR VEHICLE ACCIDENT INFORMATION

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Insurance Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_  
Policy Holder Name \_\_\_\_\_ Claim # \_\_\_\_\_  
Adjuster Name \_\_\_\_\_ Date of Accident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_