

SOUTH ATLANTA RADIOLOGY ASSOCIATES

¿Ha tenido algún procedimiento en esta oficina antes? No [] SI [] CUANDO: _____

PACIENTE: _____ SSN: _____
APELLIDO PRIMER/SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION: _____ APT: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO:

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEX: FEMALE O MALE

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

FUMAS: _____ CUÁNTO TIEMPO? _____

ETNICIDAD: WHITE AFRICAN AMERICAN AMER. INDIAN

ASIAN HISPANIC OTHER: _____

IDIOMA: _____ MÉDICO REFERENTE: _____

****AVISO****

SI NO TIENE SEGURO NI PRUEBA DE COBERTURA DE SEGURO, SE REQUIERE EL PAGO COMPLETO AL MOMENTO DEL SERVICIO. GRACIAS.

INSURANCE: _____ POLICY #: _____

POLICY HOLDER: _____ RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____ DOB: _____ SS#: _____

EMPLOYER NAME/PHONE: _____

He revisado una copia del aviso de prácticas de privacidad de South Atlanta Atlanta Associates (SARA). Por la presente autorizo a SARA a divulgar cualquier información en mi examen a cualquier seguro o médico (s) que proporcione beneficios, tratamientos u otras políticas en el transcurso de mi examen. Por la presente, con mi firma, asigno y autorizo a mis compañías de seguros o proporcionando a los médicos a realizar un pago directamente a SARA por todos mis servicios prestados en este centro. Por la presente, con mi firma, entiendo que soy en última instancia responsable del pago total de los servicios prestados en caso de que mi compañía de seguros o plan de atención administrada niegue el pago total o parcial de los servicios prestados, incluidos, entre otros, todos los copagos y / o deducciones, servicios no cubiertos y suministros obtenidos durante el curso de la atención.

FIRME: _____ FECHA: _____