



# Formulario de registro del paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento / Unidad #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular / Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA COMUNICARSE POR CORREO ELECTRÓNICO:

Entiendo que el personal autorizado de Desert Radiology puede comunicarse conmigo con respecto a la programación, el seguimiento del tratamiento proporcionado, la información educativa incluyendo boletines informativos en relación con los productos o servicios relacionados con la salud disponibles en DR, o tratamientos alternativos, ubicaciones o proveedores. Acepto recibir dicha comunicación por correo electrónico en la dirección de correo electrónico que se facilita a continuación.

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

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

### POLÍTICA FINANCIERA RECONOCIMIENTO:

Este Reconocimiento de Responsabilidad Financiera permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma. Desert Radiology facturará a su compañía de seguros por usted. El paciente / asegurado asigna todos los beneficios del seguro a Desert Radiology para los servicios que se ofrecen hoy. El paciente / asegurado asume y acepta pagar todos los deducibles, coseguros y co-pagos aplicables. El paciente / asegurado acepta pagar por todos los servicios no cubiertos (preventivos, de detección o de rutina) que no están cubiertos por la compañía de seguros. El paciente / asegurado asume la responsabilidad de asegurar que el laboratorio aprobado por el seguro sea utilizado. El paciente / asegurado entiende que todos los cheques devueltos están sujetos a una tasa de cheque de retorno de \$ 25.00. Tenga en cuenta que las cantidades de copago / deducible / coseguro cotizadas son estimaciones proporcionadas por su compañía de seguros. Es posible que reciba una factura por los montos adicionales adeudados por su servicio. Paciente / asegurado se aconseja que Desert Radiology se contrata con un servicio de facturación exterior. Zotec proporcionará declaraciones de facturación; Pueden ser contactados al (866) 750-3229. **Desert Radiology y / o sus representantes de facturación / recaudación pueden comunicarse con usted por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfono móvil, lo que puede resultar en cargos a usted. También podemos comunicarnos con usted a través de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos haya proporcionado.**

Además, entiendo que es mi responsabilidad asegurarse de que el laboratorio aprobado por mi seguro se use para cualquier resultado de la prueba / biopsia y que debo seguir con mi médico referente directamente con respecto a mis resultados de la prueba / biopsia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Persona Asegurado Fecha

\_\_\_\_\_  
iniciales del Paciente Fecha iniciales del Paciente Fecha iniciales del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
iniciales del Paciente Fecha iniciales del Paciente Fecha iniciales del Paciente Fecha