

# REGISTRO DE PACIENTES



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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_

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 facturaré 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, coaseguros y copagos 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/coaseguro 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. Imagine Pay proporcionará declaraciones de facturación; Pueden ser contactados al 702-623-7568. 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 resultad

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient/Insured Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient/Insured Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient/Insured Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient/Insured Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient/Insured Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient/Insured Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha