

Información del paciente

Nombre _____ Macho Hembra

Fecha del Nacimiento _____ Seguridad Social _____

Domicilo _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Telefono de casa _____ Cell _____ Trabajo _____

Contacto de Emergencia Nombre _____ Telefono _____

Estado Civil C S V Nombre de Conyuga _____

La sección debe ser completada, si no completamente competido, los pacientes serán cuentas para ningún servicio

Relación de pacientes al poseedor de la política Self cónyuge hijo/a Otro

Compañía de Seguros _____ ID# _____ Grupo# _____

Poseedor de Política _____ fecha de nacimiento _____ Seguridad Social _____

Empleador de Poseedor de Política _____

Estatus de Empleo tiempo lleno despida tiempo despida tiempo parado estudiante

Información de secundaria seguro/Workman Comp

Compañía de seguros _____ ID# _____ Grupo# _____

Poseedor de Política _____ fecha de nacimiento _____ Seguridad Social _____

Empleador de Poseedor de Política _____

Fecha de Herida _____ Reclamo # _____ Reclamos Dirigen _____

Liberación de registros medicos: Para completar mi reclamación de seguros y tratamiento, autorizo a MRI de Arizona para liberar mis registros médicos a mi physician(s), clínica, hospital o seguros de empresa (incluidos los programas de Gobierno) y abogado, si está representado. **Prácticas de privacidad HIPPA:** Reconozco que una copia de la notificación de prácticas de privacidad que describe cómo paciente información confidencial será utilizada, divulgada, protegida, y cómo puedo obtener acceso a esta información está disponible a mi petición. **Política financier:** Queda asignar todos los beneficios seguros a MRI de Arizona por servicios prestados, como consecuencia de mi enfermedad o lesión. Pacientes no asegurados. Estoy de acuerdo en que yo soy responsable de pago en el momento del servicio, a menos que se han adoptado disposiciones anteriores. Deducible y coaseguro. I asumir y acepta pagar todos los copagos y deducibles aplicables. Si no se cumple mi deducible, se recopilarán pago íntegro al tiempo de servicio. Si se cumple mi deducible, mi cantidad de coaseguro se recogerán en el tiempo de servicio. Procedimientos no cubiertos. Estoy de acuerdo en pagar por todos no cubiertos servicios (preventivos o rutinarios) no pagados por mi seguro. Colecciones. Una vez que una cuenta se encuentra en estado de recopilación de todos los servicios futuros deben pagarse en plena al tiempo de servicio. Entiendo que también habrá un cheque devuelto 25.00 dólares. **Política de película:** Como un paciente que se refiere a MRI de Arizona, entiendo que tengo derecho a un conjunto de películas y discos por examen, previa solicitud. Cada conjunto de películas costará \$30.00 por procedimiento. Entiendo que la resonancia magnética de Arizona requiere un aviso de 24 horas para imprimir películas. **Responsabilidad paciente remisión y tarjeta de seguro** Tengo entendido durante la verificación en el proceso, si no tengo mi devolución o tarjeta de seguro será responsable de cualquier pago prestado al tiempo de servicio. También entiendo que puedo evitar este gasto por llevar mi tarjeta de remisión o seguro a mi cheque programada en el tiempo. Entiendo que puedo llamar a mi consultorio referentes y estos elementos fax a la Oficina de MRI de Arizona en 602-294-9012 antes de la hora del examen programado.

Firma: He leído y acepta cumplir con las políticas de MRI de Arizona.