

RENO DIAGNOSTIC CENTERS
Informacion del Paciente

FECHA DE NACIMIENTO _____ MRN#: _____
NO. DE SEGURO SOCIAL _____ SENIOR SENIORA FECHA: _____
NOMBRE DEL DOCTOR _____ TIPO DE EXAMEN: _____ NEW PATIENT EXISTING PATIENT
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)
DIRECCION: _____
(CALLE) (CIUDAD, ESTADO, ZP) (TELEFONO CASA)
EMPRESA: _____
(OCUPACION) (TELEFONO TRABAJO)
DOMICILIO DE EMPRESA: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO,) (ZP)

EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD? SI NO GUARDIAN LEGAL: _____
DIRECCION DEL GUARDIAN LEGAL: _____ TELEFONO: _____

DE UN NOMBRE EN CASO DE EMERGENCIA: NOMBRE: _____ TELEFONO: _____
DIRECCION: _____ CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE?: _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A)

Informacion del Seguro

POLIZA DE ASEGURANSA: _____	POLIZA DE ASEGURANSA: _____
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____	NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
RELACION AL PACIENTE: _____	RELACION AL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
NO. DE SEGURO SOCIAL: _____	NO. DE SEGURO SOCIAL: _____
EMPRESA: _____	EMPRESA: _____
NUMERO DE GRUPO: _____	NUMERO DE GRUPO: _____
NUMERO DE POLIZA: _____	NUMERO DE POLIZA: _____

PACIENTES DE COMPENSACION LABORAL SOLAMENTE

POLIZA DE ASEGURANSA: _____ SE LASTIMO EN EL TRABAJO? SI NO
FECAH DEL ACCIDENTE: _____ NOMBRE DE LA EMPRESA: _____
(EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE)
NUMERO DE RECLAMO: _____ TELEFONO DE LA EMPRESA: _____

Política Financiera

Todos los servicios profesionales estarán a cargo del paciente. El paciente será responsable por todos los pagos, sin importar el tipo de seguro que tenga. El pago por los servicios se deberá hacer en el momento de registrarse.

Yo autorizo la entrega de radiografías a los médicos interesados y/o médicos consultores que las pidan.

Firma del Asegurado/Paciente, Padre o Tutor _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE BELOW

Employee Initials: _____ Date: _____