



Assured Imaging Office Headquarters:
7717 N. Hartman Lane, Tucson, AZ 85743
Phone: 888.233.6121 Fax: 520.572.7138

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO

MRN: _____

Apellido	Nombre	In	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono	Numero de tel. alternativo
Nombre de Doctor	Dirección de Doctor		Número de teléfono de Doctor		

PAGO POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> num. de recibo:	¿Tiene Usted Medicare? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI #	¿Accidente automovilístico o Compensación para los trabajadores? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
---	--	--

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO PRIMARIO: *(favor demostrar tarjeta de seguro para una fotocopia)*

Nombre del seguro medico	Póliza #	Grupo #
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento del asegurado	Nombre del Empleador
Relación con el asegurado	Seguro Social del Asegurado	Seguro Social del Paciente

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO: *(favor demostrar tarjeta de seguro para una fotocopia)*

Nombre del seguro medico	Póliza #	Grupo #
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento del asegurado	Nombre del Empleador
Relación con el asegurado	Seguro Social del Asegurado	Seguro Social del Paciente

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Yo, _____ reconozco que recibí de Assured Imaging Women's Wellness una copia escrita de los Derechos del paciente y Practicas Privadas, antes de recibir cualquier servicio. Entiendo que se le cobrará a mi seguro médico. Si el pago es negado en parte o en su totalidad, entiendo que soy responsable del pago del saldo adeudado. Entiendo que seré responsable del pago, si mi seguro médico niega el reclamo por no proveer el seguro social del asegurado.

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO: *Si está embarazada o piensa que lo está, avise a la recepcionista inmediatamente.*

Yo, _____ por la presente doy mi consentimiento para *(marque todo que aplique):*

- Mamografía 2D
- Mamografía 3D
- Ultrasonido de mama
- Densitometría ósea
- Ultrasonido General
- Rayos X General
- Retinopatía
- A1C
- Análisis de orina
- Examen del cáncer de la piel
- Examen de la salud del corazón*
- Otro _____

*Solo para Examen de la salud del corazón: Entiendo que el ecografista de Assured Imaging, realiza la ecografía y observa cualquier resultado fuera de los límites normales. Tomará medidas (si es aplicable) y notará en un informe. Entiendo que recibiré una copia en el momento del examen y se enviará un informe a mi doctor primario. Assured Imaging me anima en ponerme en contacto con mi proveedor de atención médica. Se me ha dado la oportunidad que un radiólogo certificado de Assured Imaging, analice mi ecografía ya que fui informado que el ecografista de Assured Imaging no tiene la autoridad para diagnosticar. El informe final será enviado a mi proveedor de atención médica para cualquier seguimiento de tratamiento. El costo para tener mi ecografía enviado y leído por un radiólogo certificado de Assured Imaging es de \$40.00.

X _____ Fecha: _____
Firma-Paciente, Padre, Madre o Guardián Legal

X _____ Fecha: _____
Firma del Testigo