

Orange Radiology

Paciente Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Paciente Dirección: _____ Numero De Apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero De Seguro Social: _____ - _____ - _____ Numero De Teléfono: _____

Numero Alternativa: _____ Hombre / Mujer Fecha De Nacimiento: _____

¿Fuiste referido por un abogado?: Si / No En caso afirmativo, Nombre De Abogado: _____

Numero De Teléfono Del Abogado: _____

Seguro Primario: _____ Numero De Identificación: _____

Seguro Secundario: _____ Numero De Identificación: _____

Asegurador: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Asegurador Dirección: _____ Numero De Apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Asegurador Fecha De Nacimiento: _____ Hombre / Mujer

Asegurador Numero De Teléfono: _____ Numero De Seguro Social: _____ - _____ - _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo pido que el pago autorizado por Medicare/otro seguro se hace en mi nombre a Orange Radiology/MRI of Newburgh por los servicios amueblado a mi por el proveedor. Yo también autorizo la liberación de cualquier información medica u otra información necesario para determinar estos beneficios por pagar para los servicios relacionados.

Firma De Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____
(Tiene que tener 18 años o más o estar firmado por el tutor)

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA PRACTICA DE RAMAPO
Reconocimiento De Repasar Por El Aviso De Privacidad

Yo reconozco que yo ha repasado por el aviso de privacidad.

Firma de Paciente/Tutor/Representante Personal: _____ Fecha: _____

Si la firma del representante personal aparece arriba, por favor describa la relación al paciente:

AUTORIZACION DEL PACIENTE

Si necesitas tus registros y no puedes recogerlos tu mismo, por favor escriba quien puede ser autorizado para hacerlo.

Yo, _____ autorizo la practica de Ramapo para liberar información sobre mi atención a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Información específica siendo discutido: _____

Firma De Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____