



SMIL • EVDI • Valley Radiologists

Formulario de Registro

Nombre Legal: _____
(Apellido, Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Numero de Teléfono: _____ E-mail: _____

Domicilio: _____
(Unidad) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Seguro Médico

Nombre de Seguro Médico: _____ # de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Relacion: _____

Seguro Médico Secundario

Nombre de Seguro Médico: _____ # de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Relacion: _____

Seguro Médico Terciario

Nombre de Seguro Médico: _____ # de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Relacion: _____

Pacientes Menores de Edad Imprimir Nombre de M/Padre/Tutor: _____

HIPAA

Autorización de Renuncia/Solicitud por Información

Southwest Diagnostic Imaging puede revelar todo o parte de los documentos medicos del paciente y/o documentos financieros a su plan de seguro medico, medico referente, otros proveedores medicos que son responsables por provar cuidado continuado al paciente y a cualquier representante del paciente que esta involucrado con el cuidado del paciente. Nosotros podemos pedir informacion de su salud que es relacionada a estudios de imagenes hechos por SDI. Esto puede incluir, pero no es limitado a, placa radiográfica/cd síntomas/antecedentes, resultados de laboratorio, reportes de patología, etc. Cualquier objeción a alguna revelación debe ser provisto en escrito.

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Southwest Diagnostic Imaging sigue las reglas generales como son escritas en nuestro *Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad* y el documento de *Declaración de Derechos del Paciente* de SDI. El documento puede ser encontrado en www.eSMIL.com. Usted puede rechazar a llenar o ejecutar este reconocimiento.

Firma de Paciente/Persona Responsable

Fecha

Posibilidad de Embarazo

(Pacientes femeninas pubescente hasta menopausia)

Ultimo Periodo Menstrual: _____ Posibilidad de Embarazo: SI NO Iniciales de Paciente: