

## 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:** \_\_\_\_\_

**Pacientes Menores de Edad Imprimir Nombre de M/Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

## HIPAA

### *Autorización de Renuncia/Solicitud por Información*

SMIL/SDI 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 SMIL. 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*

SMIL 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 SMIL. El documento puede ser encontrado en [www.eSMIL.com](http://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:** \_\_\_\_\_