



Forma De Pre-Registro

(Padre o guardian deve de llenar este forma si paciente es menor de 18 anos.)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____ Sexo _____
Numero de Telefono _____ Seguro Social _____
Nombre de Empleador _____ Telefono _____

Persona responsable

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____ Sexo _____
Numero de Telefono _____ Seguro Social _____
La relación al paciente _____

Persona a notificar en caso de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____
Telefono _____ Telefono de trabajo _____

Seguro primario

Nombre _____ ID# _____
Grupo# _____ Telefono _____
Nombre asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
La relación al paciente _____

Seguro secundario

Nombre _____ ID# _____
Grupo# _____ Telefono# _____
Nombre asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
La relación al paciente _____

Se entiende y es concordado que yo, el paciente y/o el partido responsable (si menor) reconoce y acepta responsabilidad repleta para las cargas para servicios rendidos en Palms Imaging Center. Autorizo también la liberación de información médica necesaria para procesar el reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o el suministrador abajofirmantes de servicios rendidos. **Soy responsable de todas co-pagas, deductibles, no cubrió los servicios, y los reclamos negados incluyendo, pero no limitados a, la necesidad médica.**

Firma de paciente _____ Fecha _____

Firma de guardian _____ Fecha _____