



www.rasloimaging.com

Digital Medical Imaging (DMI)
522 East Plaza Drive, Santa Maria, CA. 93454
PH: (805) 928-3673 FAX: (805) 928-9588

Five Cities Medical Imaging
921 Oak Park Blvd., Ste. 102, Pismo Beach, CA 93449
PH: (805) 779-7900 FAX: (805) 779-7910

Radiology Diagnostic Center
1310 Las Tablas Road, Templeton, CA 93465
PH: (805) 434-0829 FAX: (805) 434-0826

PATIENT REGISTRATION

ID#:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

SS#:

Please list all previous names known by, including Maiden name.

Dirección:

Telefono
Célula:

E-Mail:

Telefono
de casa:

Sex:

Estado: Nino/a [] Casado/a [] Soltero/a [] Divorciado/a [] Viudo/a []

Empleador:

Dirección: Telefono:

Contacto de emergencia: Relación: Telefono:

Obligación financiera: El que suscribe acuerdo que a cambio de los servicios a ser prestados para el paciente, los abajo firmantes por este medio individualmente obligan él/ella a pagar radiología Associates en el acuerdo con los precios regulares y términos del centro. Sin embargo, si el paciente es elegible para recibir beneficios bajo un plan de servicios de salud con que se contrae la radiología Associates, el paciente no estará obligado a pagar por servicios cubiertos bajo el plan, que son pagados de conformidad con el contrato.

El pago se espera en el momento del servicio. Como una cortesía a nuestros pacientes, si un examen o procedimiento está previsto de antemano, una estimación de los gastos previstos basada en información disponible para nosotros, es decir, deducibles/co-pays, se proporcionará al paciente antes de los exámenes programados. Esto es sólo una estimación. Debe delincente de cuenta se convierten del paciente y ser referido a un abogado o colección Agencia de colección, los abajo firmantes pagará Procuraduría real...

Asignación de las ventajas de seguro: Asigno por este medio irrevocablemente el pago a Radiology Associates según lo indicado adjunto o el profesional y las ventajas técnicas del costo pagaderos a mí, pero no exceder la carga o los honorarios regulares para este período de servicios profesionales y técnicos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cuenta que no sea directamente pagado por mi compañía de seguros o se consideran para investigación.

Pacientes de Medicare: Certifico que la información dada a mí en solicitar el pago bajo título XVIII del acto Medicare está correcta. Autorizo el compartir de cualquier información necesitada para actuar en esta petición. Solicito que el pago de ventajas autorizadas esté hecho en mi favor. Asigno el pago para las cargas sin pagar de los médicos para quienes Radiology Associates se autoriza a mandar la cuenta en la conexión con sus servicios. Entiendo que soy responsable de cualquier balance restante no cubierto por el otro seguro.

De autorización a la información de version: Paciente o firma de la persona autorizada. Autorizo a la liberación de cualquier medico u otros información necesaria para procesar esta afirmación. También pido pago de beneficios de Gobierno o seguro a la parte que acepta la asignación.

El que firma certifica que ha leído el precedente y es el paciente, el representante legal del paciente, o debido es autorizado por el paciente como el agente general del paciente para ejecutar el antedicho y para aceptar sus términos.

Firma del paciente (del guardian - si menor de 18 años)

Fecha