Ocala Health
Advanced Imaging Centers

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Apellido_____ Nombre _____2o. Nombre_____

Seguro Social #:_____-____-_____ Masculino ____ Femenino ____ Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal:_____

Teléfono #: Diurno (____) _____-_____ Nocturno (____) _____-_____ Cel. (____) _____-_____

Dirección Electrónica: _____

Médico quien solicita el examen: _____ otro médico quien recibe el reporte: _____

RESIDENTES DE TEMPORADA - FAVOR DE DAR SU DIRECCIÓN PERMANENTE:

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal:_____

Teléfono #: Diurno (____) _____-_____ Nocturno (____) _____-_____ Cel. (____) _____-_____

¿VIVE USTED (el paciente) ACTUALMENTE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO? □ Sí □ No

Si contestó Sí, favor de dar el nombre y el teléfono del centro.

Nombre del Centro: _____ Teléfono #: (_____) _____-_____

IDIOMA PRIMARIO: _____

PERSONA A AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____

Teléfono #: (_____)_____ Parentesco: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Está usted (haga un círculo) Empleado Desempleado Jubilado Estudiante

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Información de la Parte Responsable:

Nombre de la Parte Responsable: Apellido _____ Nombre _____ 2o. Nombre_____

Parentesco del Paciente con la Parte Responsable: _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Social Security #: _____-_____-_____

Dirección _____ Apto.#: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono @: Casa (_____) _____-_____ Trabajo (_____) _____-_____ Cel. (_____) _____ - _____

Empleador de la Parte Responsable: _____

ISD.4.006

MÉDICO QUIEN REMITE

Médico quien solicita el examen de hoy: _____

Otro(s) médico(s) quien(es) recibe(n) el reporte : _____

¿Estamos cobrando al seguro por la visita de hoy? Sí _____ No _____

Seguro Primario (***provea su tarjeta de seguro en la recepción al registrarse***)

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Parentesco del Paciente con el Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____/_____/_____ Seguro Social del Titular #: _____-_____-_____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Teléfono#: (____) _____-_____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Póliza #: _____ Grupo#: _____ Reclamos#: _____

Fecha Efectiva: _____/_____/_____ Fecha del Accidente/Lesión: _____/_____/_____

¿Esta covertura es a través de la póliza del empleador del titular? Sí _____ No_____

Si contestó Sí, dé el nombre del empleador: _____

¿Es esto un Accidente de Auto? □ Sí □ No

¿Es esto un reclamo de Compensación del Trabajador?: □ Sí □ No

Perito del Seguro: _____ Teléfono del Perito#: (____) _____-_____

***** Usted debe notificar al perito del seguro sobre el accidente de su vehículo para procesar el reclamo. Si usted no lo hace, lo hace a usted responsable de sus cargos.***

¿Hay involucrado un abogado? □ Sí □ No

Nombre del Abogado: _____ Teléfono: (____) _____-_____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Información del Seguro Secundario (***provea su tarjeta de seguro en la recepción al registrarse)***

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Parentesco del Paciente con el Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____/_____/_____ Seguro Social del Titular #: _____-_____-_____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Teléfono#: (____) _____-_____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Póliza #: _____ Grupo#: _____ Reclamos#: _____

Fecha Efectiva: _____/_____/_____

¿Esta covertura es a través de la póliza del empleador del titular? Sí _____ No_____

Si contestó Sí, dé el nombre del empleador: _____