

Denver Integrated Imaging

La Información de Accidente//*Accident Information:*

Sección 1 (por favor marque uno)// *Section 1 (Please check one)*

Es éste un accidente relacionado a...

- No fue Accidente//*Not an accident*
 Trabajo //*Work*
 Automóvil//*Auto*
 Casa//*Home*
 Otro //*Other*

Por favor de una descripción breve de qué ocurrió// *Brief description of what happened.:*

El Nombre de Seguro Primaria // *Name of Primary Insurance:*

Sección 2//*Section 2*

Concentimiento para registros medicos// *Medical Records Consent:*

Autorizo a Denver Integrated Imaging que suelte algunos registros médicos a mis doctores, tercer pagadoras, incluyendo pero no limitado a compañías de seguro, la indemnización laboral y las otras gentes. Autorizo mi medico que ordeno este examen a soltar registros médicos que estén relacionado con Denver Integrated Imaging. // *I authorize Denver Integrated Imaging to release any medical records to my physicians, third party payers, including but not limited to insurance companies, worker's compensation and other parties. I authorize the doctor ordering this exam to release medical records related to this exam to Denver Integrated Imaging.*

Iniciales//*Initials:* _____ La fecha//*Date:* _____

Sección 3//*Section 3*

La Asignación de Beneficios// *Assignment of Benefits:*

Autorizo una asignación irrevocable de beneficios, para que se pague directamente a Denver Integrated Imaging incluyendo Major Medical, bajo lo dicho en pólizas de seguros médico a causa de los servicios dados allí dentro. Una copia fotográfica de esta autorización servirá para el mismo propósito como el original. *I authorize an irrevocable assignment of benefits, to be paid directly to Denver Integrated Imaging under said insurance policies including major medical by reason of services rendered therein. A photographic copy of this authorization will serve the same purpose as the original.*

Nombre de paciente//*Patient's Name:* _____

La firma del paciente//*Patient's Signature:* _____

Padre o Tutor de paciente// *Parent of Guardian:* _____