

Denver Integrated Imaging
Por favor complete todas las secciones en esta forma.

Fecha/Date: _____ / _____ / _____

El nombre Legal del paciente/Name _____

SSN: _____ - _____ - _____ Apellido/Last _____ Nombre/First _____
Fecha de Nac./DOB _____ / _____ / _____ Estado civil/Mar Status _____ Hombre (M)/Mujer (F)

Domicilio/Addr. _____ Apt# _____ Ciudad/City _____ Estado/ST _____ Código Postal/ZIP : _____

Teléfono en casa/H# (____) _____ - _____ Celular/Cell: (____) _____ - _____ Otro Teléfono/Other: (____) _____ - _____

Empleador/Employer _____ Teléfono de Trabajo/Wrk # (____) _____ - _____

Domicilio de Empleador/Employer Address: _____
Ciudad/City: _____ Estado/ST _____ C.P/ZIP _____

La parte responsable (si es diferente al Paciente)/Responsible Party

El nombre/Name _____ Fecha de Nac./DOB: _____ / _____ / _____ SSN _____ - _____ - _____

Empleador/Employer _____ relación con el paciente/relationship to pt: _____

TEL casa/H# (____) _____ - _____ Celular/Cell (____) _____ - _____ Trabajo/work # (____) _____ - _____

Contacto en caso de emergencia /Emergency Contact

Nombre/Name _____ La Relación con el paciente/relationship to pt: _____

TEL casa/H#: (____) _____ - _____ Celular/Cell (____) _____ - _____ Trabajo/work #: (____) _____ - _____

Información del Seguro Medico/Medical Insurance Information

Nombre de Poseedor de Seguro/Name of Policy Holder: _____ Fecha de Nac./DOB: _____ / _____ / _____

Empleador/Holders Employer: _____

Domicilio de Empleador/Employer Address: _____
Ciudad/City: _____ Estado/ST _____ C.P/ZIP _____

Nombre de Seguro/Insurance Co. _____

de póliza/Policy # _____ # del grupo/Group #: _____

Domicilio/Address _____ Ciudad/City: _____ Estado/ST _____ C.P/ZIP _____

¿Fue accidente en el trabajo?/Is this Worker's Comp?

Fecha de Accidente/DOI: _____ / _____ / _____ Nombre de Seguro/Insurance Name: _____

Domicilio/Address: _____ Ciudad/City: _____ Estado/ST _____ C.P/ZIP _____

Nombre de Ajustador/Adjuster's Name: _____ Teléfono/Phone #: (____) _____ - _____

Empleador en el tiempo de accidente/Employer at time of injury: _____

Domicilio/Address _____ Ciudad/City: _____ Estado/ST _____ C.P/ZIP _____

¿Fue accidente de auto?/Is this a Motor Vehicle Accident? **Si/Yes O No/No**

Fecha de Accidente/DOB: _____ / _____ / _____ Nombre de Seguro/Insurance Name: _____

Domicilio/Address: _____ Ciudad/City: _____ Estado/ST _____ C.P/ZIP _____

El Número de Reclamo/Claim #: _____

Nombre de Ajustador/Adjuster's Name: _____ Teléfono/Phone #: (____) _____ - _____

Por favor termine y firme al final de la pagina.

Es comprendido y convenido que cualquier suma de dinero pagado por la compañía de seguro será abonada a mi cuenta y en caso de que dejen un balance (copago, coseguro o deducible), seré responsable del balance en mi cuenta. Si la compañía de seguro me envía el pago, acuerdo remitirle el pago a Denver Integrated Imaging North con cualquier documentación correspondiente. La compañía tiene permiso de usar los números de teléfono de celular/moble para ponerse en contacto conmigo o con todas las personas disponibles en esta página.

It is understood and agreed that any sum of money paid by the insurance company shall be credited to my account and in the event deductibles/co-pay/coinsurance leaves a balance. I shall be liable for the balance on the account. If the insurance company sends payment to me, I agree to forward the payment in full to North Denver Integrated Imaging with any corresponding documentation. I have provided telephone numbers, including mobile/cell phone numbers above. The center is authorized to use these numbers provided to reach the parties listed and myself.

Firma/Signature: _____ **La fecha/Date:** _____

Una copia de su tarjeta del Seguro Medico y su licencia de conducir (Si es aplicable) se necesitará.