Central Imaging Open MRI, Inc.

VERIFICACION/INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

DIRECCIÓN: _____ NUM APARTAMENTO: _____

CIUDAD: _____ESTADO: _____CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ SOLTERO: _____ CASADO: ____ DIVORCIADO: _____ VIUDO (DA)): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NSS #:_____VARÓN: _____ HEMBRA: _____

EMPLEADOR O PATRÓN: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ESTADO: _____CODIGO POSTAL: _____

SEGURO PRIMARIO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LOS ASEGURADOS: _____ DOB: _____ RELACIÓN DE LOS ASEGURADOS: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____CODIGO POSTAL: _____

DE POLISA: _____ PLAN DEL GRUPO #: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____CODIGO POSTAL: _____

DE POLISA: _____ PLAN DEL GRUPO #: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____CODIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE FAX: _____

MEDICO REFERIDO: _____TELÉFONO: _____

¿USTED TIENE UNA CITA DE SEGUIR TRATAMIENTO? SÍ _____ NO _____ SI SÍ, CUANDO? _____

MÉDICO PRIMARIO: _____TELÉFONO: _____

¿USTED QUIERE QUE SE LE ENVIE EL REPORTE A QUALQUIER DOCTOR WUE NO ESTE EN LA LISTA? _____

ES SU CONDICIÓN RELACIONADA CON:

¿EL EMPLEO? SÍ _____ NO _____ FECHA DE LA HERIDA: _____ # DEL RECLAMO: _____

¿ACCIDENTE? SÍ _____ NO _____ FECHA DE LA HERIDA: _____ # DEL RECLAMO: _____

¿CÓMO USTED OYÓ DE NOSOTROS? (MARQUE TODOS LO QUE APLICAN)

_____ POR LA RADIO _____ POR LA TELEVISIÓN _____ AMIGO _____ESTADO AQUÍ ANTES _____ OTRO