

Historial de Accidentes

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

¿Sabía usted sufría una lesión en el trabajo? Si No

¿Estos síntomas están relacionados con un accidente? **Si** **No** Fecha de accidente: _____

Si si, era el accidente en... Trabajo Automovil Casa Distinto

Si si, por favor de dar una descripción del incidente:

¿Alguna vez ha servido en el ejército? **Si** **No**

¿Está cubierto por una póliza de empleador o sindicato? **Si** **No**

¿Está cubierto bajo cualquier otro plan de salud? **Si** **No**

¿Ha hecho algún cambio en su elección de opciones de Medicare en el último período de inscripción abierta? **Si** **No**

¿Está inscrito en un plan Medicare de inscripción? **Si** **No**

¿Está usted bajo un período de espera preexistente con su plan de seguro? **Si** **No**

Consentimiento de records médicos: Yo autorizo a GCMRI Y Diagnostica para publicar cualquier expediente médico a mis médicos, pagadores, y a otros partidos.

De los Beneficios: Yo autorizo una asignación de beneficios, para ser pagados directamente a GCMRI bajo pólizas de seguro dichas incluyendo médico importante por causa de los servicios recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos reflejados en la cuenta si pagados por mí. Una copia fotográfica de esta autorización servirá el mismo propósito como al original.

¿Quién es el responsable de este proyecto de ley ?

He recibido servicios por un proveedor para la condición por la cual busco tratamiento hoy y voy a revelar cualquier información necesaria a mi compañía de seguros necesarios para resolver cualquier problema que puedan tener. Entiendo y acepto que, a pesar de mi condición de seguro, yo soy el responsable último del saldo de mi cuenta y los servicios prestados. He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo te notificaremos de cualquier cambio en mi estado o la.

Fecha de Hoy: _____ / _____ / _____

Firma del paciente o del guarda (si el paciente es menor de edad) _____