

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

MEDICO QUIEN REFIERE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

MES DÍA AÑO

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO  FEMENINO

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

¿Ha viajado recientemente?  SI  NO

¿Ha estado en contacto con alguien  
contagiado por Covid?  SI  NO

¿Ha tenido fiebre o ha estado enfermo  
recientemente?  SI  NO

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PLAN PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONTRATO DEL PLAN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PLAN SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

Certifico que yo y/o mi dependiente (s), tiene cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y asignan a **Loiza Valley MRI & CT Center** todos los beneficios del seguro si los hubiese, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. El centro nombrado anteriormente puede usar la información de mi salud y puede divulgar dicha información a la compañía de seguros antes mencionado (s), y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o un año desde la fecha de la firma a continuación. También certifico haber leído y entendido la hoja de Consentimiento de Paciente que se me entrego plastificada para leer.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_

