



**POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES ESCRIBIENDO EN LETRAS DE MOLDE**

**Informacion del paciente**

Apellido	_____	Direccion	_____
Primer nombre	_____	Ciudad/Estado/	_____
Segundo nombre	_____	Codigo postal	_____
No. de Seg. Social	_____	Telefono particular	_____
Sexo	_____	Telefono del trabajo	_____
Fecha de nacimiento	_____	Empleador	_____

**Medico que solicito la derivacion**

Dr.	_____	Direccion	_____
Telefono	_____		

**Informacion para el titular de la poliza**

Apellido	_____	Fecha de nacimiento	_____
Primer nombre	_____	Direccion	_____
Segundo nombre	_____	Ciudad/Estado/	_____
No. de Seg. Social	_____	Codigo postal	_____
Empleador	_____	Telefono particular	_____
		Telefono del trabajo	_____
		Ciudad/Estado/	_____
Direccion	_____	Codigo postal	_____
Vinculo del paciente con el titular de la poliza	_____		

**Informacion del seguro**

<b>Seguro primario</b>		No. de poliza	_____
Direccion	_____	No. de grupo	_____
Ciudad/Estado/	_____		
Codigo postal	_____		
Telefono	_____		
<b>Seguro secundario</b>		Titular del la poliza	_____
Direccion	_____	No. de poliza	_____
Ciudad/Estado/	_____		
Codigo postal	_____	No. de grupo	_____
Telefono	_____	Vinculo del paciente con el titular de la poliza	_____

**Autorizacion para: Cesion de beneficios, responsabilidad por servicios no prestados, divulgacion de informacion**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados y pagaderos por cualquier programa de asistencia medica estatal o federal, o agente de pago comercial, se realice a mi persona o en representacion mia a Modern Diagnostic Imaging en virtud de cualquier servicio prestado a mi persona por sus medicos o empleados en cualquier lugar. Autorizo a Modern Diagnostic Imaging a divulgar a sus agentes de facturacion, la administracion financiera del sistema de asistencia medica, los agentes de informatica y mi aseguradora, segun sea aplicable, toda informacion (incluyendo pero sin limitarse a la informacion respecto de la participacion en programas de rehabilitacion per alcohol y drogas, diagnostico, tratamiento o derivaciones a otro medico o entidad) necesarios para determinar estos beneficios, los beneficios pagaderos poe los servicios relacionados o para obtener el pago de los servicios prestados. Comprendo que puedo revocar este consentimiento para divulgar informacion en cualquier momento, excepto en la medida confiada a Modern Diagnostic Imaging o que la divulgacion sea autorizada por ley. Este consentimiento para divulgar informacion del paciente permanecera vigente hasta que sea expresamente revocado por mi por escrito. Comprendo que soy el responsable del pago de cualquier servicio prestado.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*La fotocopia de esta cesion actuara como si se tratara del original.*