

## SOUTH ATLANTA RADIOLOGY ASSOCIATES

---

¿Ha tenido algún procedimiento en esta oficina antes? No [ ] SI [ ] CUANDO: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER/SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION: \_\_\_\_\_ APT: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO:

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEX: FEMALE O MALE

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

FUMAS: \_\_\_\_\_ CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

ETNICIDAD: WHITE AFRICAN AMERICAN AMER. INDIAN

ASIAN HISPANIC OTHER: \_\_\_\_\_

IDIOMA: \_\_\_\_\_ MÉDICO REFERENTE: \_\_\_\_\_

\*\*AVISO\*\*

SI NO TIENE SEGURO NI PRUEBA DE COBERTURA DE SEGURO, SE REQUIERE EL PAGO COMPLETO AL  
MOMENTO DEL SERVICIO. GRACIAS.

INSURANCE: \_\_\_\_\_ POLICY #: \_\_\_\_\_

POLICY HOLDER: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

EMPLOYER NAME/PHONE: \_\_\_\_\_

He revisado una copia del aviso de prácticas de privacidad de South Atlanta Atlanta Associates (SARA). Por la presente autorizo a SARA a divulgar cualquier información en mi examen a cualquier seguro o médico (s) que proporcione beneficios, tratamientos u otras políticas en el transcurso de mi examen. Por la presente, con mi firma, asigno y autorizo a mis compañías de seguros o proporcionando a los médicos a realizar un pago directamente a SARA por todos mis servicios prestados en este centro. Por la presente, con mi firma, entiendo que soy en última instancia responsable del pago total de los servicios prestados en caso de que mi compañía de seguros o plan de atención administrada niegue el pago total o parcial de los servicios prestados, incluidos, entre otros, todos los copagos y / o deducciones, servicios no cubiertos y suministros obtenidos durante el curso de la atención.

FIRME: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_