

INFORMACION DE PACIENTE

#DE CUENTA _____ PACIENTE ANTERIOR SI NO QUE AÑO _____

NOMBRE _____ FECHA _____ EDAD _____

DIRECCION _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO _____

TELEFONO _____ TRABAJO _____ CELLULAR _____

SEGURO SOCIAL _____ SEXO: M / F MM/DD/AÑO _____ LBS. _____

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO VIUDO DIVORCIADO ESTUDIANTE

EMPLEADOR _____ # TELEFONO _____

SEGURO PRIMARIO _____ # TELEFONO _____

ASEGURADO _____ RELACION _____ # SEGURO SOCIAL _____

DE POLICA _____ # DE GRUPO _____

SEGURO SECUNDARIO _____ # TELEFONO _____

ASEGUARADO _____ RELACION _____ MM/DD/AÑO _____

DE SEGURO SOCIAL _____ # DE POLICA _____ # DE GRUPO _____

DOCTOR REFIRIENDO _____ # DE TELEFONO _____

SI USTED A ESTADO EN UN ACCIDENTE FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

TIPO DE ACCIDENTE AUTO W/C RESBALON/CAIDA OTRO _____

FECHA DE ACCIDENTE _____ # DE RECLAMO _____ AJUSTADOR _____

SEGURO DE AUTO _____ # TELEFONO _____ ASEGURADO _____

ABOGADO _____ # DE TELEFONO _____

DIRECCION _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE _____ RELACION _____ # DE TELEFONO _____

RECONOCIMIENTO:

CERTIFICO QUE LA SUSODICHA INFORMACION ES CORRECTA Y ACTUAL AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.HE LEIDO Y ENTENDIDO EL CONTENIDO ENTERO DE ESTE FORMULARIO Y TENGO LA OPORTUNIDA DE HACER PREGUNTAS EN CUANTO A LA INFORMACION EN ESTE FORMULARIO.

FIRMA _____ FECHA _____

NOMBRE _____

FIRMA DE GUARDIAN _____ FECHA _____

NOMBRE _____ RELACION _____

TAMPA BAY IMAGING

2700 West Dr. MLK, Jr., Blvd, Suite 130

Tel: (813)386-3MRI(3674)

Fax: (813)386-0499

Email: tbimri@aol.com