

Tukwila Diagnostic Imaging Center

DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE (APELLIDOS, NOMBRE)				SR / SRA / SRTA		NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE CONTACTO		E:ENVÍE
MÉDICO						
COMPAÑIA ASEGURADORA				NÚMERO DE PÓLIZA		
FAMILIAR MÁS CERCANO						
NOMBRE					PARENTESCO	
DIRECCIÓN					NÚMERO DE TELÉFONO	
DATOS DEL EMPRESARIO						
NOMBRE						
DIRECCIÓN					NÚMERO DE TELÉFONO	
PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA						
NOMBRE					PARENTESCO	
DIRECCIÓN					NÚMERO DE TELÉFONO	
INFORMACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN / CESIÓN						
<p>Autorizo a Tukwila Diagnostic Imaging Center (Silverton Hospital) a realizar todos los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento convenientes y necesarios. Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento médico. Autorizo a Tukwila Diagnostic Imaging Center (Silverton Hospital) a revelar mi historial médico a la compañía aseguradora. Consiento y autorizo el pago directo a Tukwila Diagnostic Imaging Center (Silverton Hospital) de cualquier prima de seguro pagadera por el tratamiento del paciente. No obstante, soy el responsable financiero ante Tukwila Diagnostic Imaging Center de los gastos no cubiertos por el seguro.</p>						
<p>Fecha: _____ Firma: _____</p>						