

Forma de información del paciente  
**PATIENT INFORMATION FORM**

- Burleson  Cleburne  Fort Worth  
 Granbury  HEB  Weatherford

Consultants in Radiology, P.A.

**PATIENT INFORMATION** *Please use street addresses, not a post office box number.* **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** *Por favor use su dirección, no el número de un apartado de correos*

Denomine Primero:  **First Name:** \_\_\_\_\_ Inicial:  **Middle Initial:** \_\_\_\_\_ Apellido:  **Last Name:** \_\_\_\_\_

Dirección:  **Address:** \_\_\_\_\_ Apartamento #:  **Apartment #:** \_\_\_\_\_

Cuidad:  **City:** \_\_\_\_\_ Estado:  **State:** \_\_\_\_\_ Código:  **Zip:** \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa:  **Home Phone:** ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia:  **Emergency Phone:** ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular:  **Cell Phone:** ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:  **Birth Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  **Sex:** M F

Licencia de Manejar #:  **Driver's License #:** \_\_\_\_\_ Estado:  **State:** \_\_\_\_\_

Seguro Social #:  **Social Security #:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Médico que lo recomendó:  **Your Referring Physician:** \_\_\_\_\_

<b>Empleo del Paciente:</b> <input type="checkbox"/> <b>Patient Status:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <b>Employed</b> <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <b>Part-time Student</b> <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <b>Full-time Student</b>	<b>Civil:</b> <input type="checkbox"/> <b>Marital Status:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <b>Single</b> <input type="checkbox"/> Casado <b>Married</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <b>Divorced</b> <input type="checkbox"/> Viudo <b>Widowed</b>
--	--

**BILLING INFORMATION** *Person with primary insurance or who is responsible for this account. If it is the patient, please enter "SAME"* **INFORMACIÓN PARA FACTURAR** *Persona con el seguro primario o responsable por esta cuenta. Si es la misma persona, escriba "SAME".*

Denomine Primero:  **First Name:** \_\_\_\_\_ Inicial:  **Middle Initial:** \_\_\_\_\_ Apellido:  **Last Name:** \_\_\_\_\_

Dirección:  **Address:** \_\_\_\_\_ Apartamento #:  **Apartment #:** \_\_\_\_\_

Cuidad:  **City:** \_\_\_\_\_ Estado:  **State:** \_\_\_\_\_ Código:  **Zip:** \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa:  **Home Phone:** ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:  **Birth Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social #:  **Social Security #:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo:  **Sex:** M F

Empleador/Escuela:  **Employer/School:** \_\_\_\_\_

Nombre de cualquier otra persona asegurada:  **Any Other Insured's Name:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:  **Birth Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  **Sex:** M F Empleador/Escuela:  **Employer/School:** \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION** *Please present all insurance cards to the receptionist.* **INFORMACIÓN DE SEGUROS** *Por favor presente todas las tarjetas de seguros a la recepcionista*

Compañía Primaria:  **Primary Company:** \_\_\_\_\_ Poseedor de la Póliza:  **Policy Holder:** \_\_\_\_\_

Grupo #:  **Group #:** \_\_\_\_\_ I.D. #:  **I.D. #:** \_\_\_\_\_

Parentesco del Paciente al Poseedor de la Póliza:  Mismo  Espos(a)  Hijo(a)  Otro:  
**Patient's relationship to policy holder:**  **Self**  **Spouse**  **Child**  **Other:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYER INFORMATION** *Employer of the Patient* **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** *Empleador del Paciente*

Empleador:  **Employer:** \_\_\_\_\_ Teléfono:  **Telephone:** ( ) \_\_\_\_\_

Dirección:  **Address:** \_\_\_\_\_

Cuidad:  **City:** \_\_\_\_\_ Estado:  **State:** \_\_\_\_\_ Código:  **Zip:** \_\_\_\_\_

**IS THIS A WORK RELATED ACCIDENT OR ILLNESS? ¿ES ESTA UNA CONSULTA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO O ENFERMEDAD?**

**No**  **Yes - provide the information below** \* **Must be completed before you will be seen.**  
No Sí - Favor de proporcionar la siguiente información Debe ser llenada antes de la consulta.

Fecha del accidente / cuando empezaron los síntomas:  **Date of Injury / First Illness:** \_\_\_\_\_ Fecha en que vio al Doctor (por primera vez):  **Date first saw Physician:** \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor Familiar:  **Primary Care Physician:** \_\_\_\_\_

Nombre de su Empleador o Patrón cuando tuvo el accidente:  **Employer at the time of injury:** \_\_\_\_\_

Dirección de su lugar de empleo:  **Employer's Address:** \_\_\_\_\_ Ciudad:  **City:** \_\_\_\_\_ Estado:  **State:** \_\_\_\_\_ Código:  **Zip:** \_\_\_\_\_

No. de teléfono para verificar la reclamación:  **Phone Number to Verify Claim:** \_\_\_\_\_ No. de la Póliza de la reclamación:  **Work Comp Claim Number:** \_\_\_\_\_

**We must have complete information to file your claims properly. After insurance payments, the balance is the patient's responsibility. Copays, unmet deductibles and past due personal balances are due at the time of service.**  
Debemos tener completa toda su información para poder archivar sus reclamaciones apropiadamente. Después de que la Compañía Aseguradora haya pagado, el saldo o balance restante es complete responsabilidad del paciente. Pagos extras, cuentas no deducibles y saldos personales, éstos deberán ser liquidados al momento de recibir el servicio.

Nombre de quién llenó esta forma:  **Completed by:** \_\_\_\_\_ Fecha:  **Date:** \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**  
**FOR OFFICE USE ONLY:** Acct #: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ Verified by: \_\_\_\_\_ Keyed by: \_\_\_\_\_  
**ATTACHED:** \_\_\_\_\_ Orders \_\_\_\_\_ Precert \_\_\_\_\_ Referral \_\_\_\_\_ BE Quest. \_\_\_\_\_ Preg. Quest. \_\_\_\_\_ Waiver \_\_\_\_\_