

Fecha:/...../..... Nombre
Apellido Primer

Fecha de Nacimiento/...../..... Seguro Social ¿Tiene seguro medico? S / N

Direccion Apt # Ciudad Estado Codigo Postal	Tel. (Casa)..... (Trabajo)..... (Movil)..... Correo
--	--

Seguro Primario ID#.....

Seguro Secundario ID#.....

Si algun seguro es Medicare, es la cobertura por Medicare Advantage HMO **S / N**

Por favor elija cualquiera o todas las cajillas que apliquen

¿Esta el paciente **Inscrito en, o Viviendo en** cualquiera de los siguientes:
 Asilo de Ancianos
 Centro de Rehabilitacion "Internado"
 Hospicio o Programa de Hospicio
 Ningun

Por favor explique:

Los doctores en University Diagnostic Medical Imaging quieren darle el mejor cuidado posible. Por favor diganos por que esta aqui para estudios, ¿Cual es su problema de salud?.....

CODIGO *Por lo presente solicito que los resultados de mis examines realizados hoy se envíen a mi medico(s) a:*

Ordenando

.....

Especialista or Otro

.....

<i>Nombre del Medico</i>	<i>Direccion</i>	<i>Tel.</i>	<i>Fax</i>
--------------------------	------------------	-------------	------------

Por lo presente reconozco que recibi recibo de la politica de HIPPA de UDMI: Firmado X.....

University Diagnostic Medical Imaging, P.C. 1200 Waters Place Suite M108 Bronx, NY 10461 718 931 5620 Fax 718-824-0706