



**CLEARVIEW
OPEN MRI**

Información Del Paciente

Cuenta #: _____

Nombre Del Paciente			
Fecha De Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo	Estado Civil
Dirección Actual			
Numero De Teléfono	Numero de Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Contacto En Caso De Emergencia		Teléfono	Relación
Nombre Del Médico Que Lo Envió			Numero De Teléfono
Su Estudio De Hoy Esta Relacionado? (marque uno)			
Compensación Laboral	Automóvil	Resbalón y Caída	Otro (Explique)
Fecha De La Lesión/ Accidente: _____			
Nombre De Su Abogado		Numero De Teléfono	
Nombre De Su Empleador			Numero De Teléfono
Compañía De Seguro (Primaria)	Numero De ID #		Grupo #
Nombre Del Asegurado			Fecha De Nacimiento
Compañía De Seguro (Secundaria)	Numero De ID #		Grupo #
Nombre Del Asegurado			Fecha De Nacimiento

Entiendo que los servicios ofrecidos por Clearview Open MRI y sus doctores son necesarios para el paciente. Doy mi consentimiento y autorizo los servicios de Rayos X y/o Resonancia Magnética (MRI) que mandó mi doctor. Autorizo a Clearview Open MRI a obtener mis referencias médicas. Certifico que la información que le he dado a Clearview Open MRI es correcta a mi mejor saber y entender.

Paciente/Tutor: _____

Fecha: _____

Paciente/Tutor (en letras de molde): _____