



Patient Registration Form

For Inview Imaging & Affiliate Imaging Providers

First Name (Primer Nombre): _____ **Last Name** (Apellido): _____

DOB (Fecha de Nacimiento): ____/____/____ **SSN** (Número de Seguro Social): _____ **Sex** (Sexo): **M** **F**

Address (Dirección): _____ **Apt #**: _____

City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip** (Código Postal): _____

Phone (Número de Teléfono): (____) _____ **Cell Phone** (Número de Celular): (____) _____

Email Address (Correo Electrónico): _____

Referring Physician (Médico de Referencia): _____ **Primary Care Physician** (Médico primario): _____

Emergency Contact (Contacto de Emergencia): _____

Relationship (Relación): _____ **Emergency Contact Phone** (Teléfono de emergencia): (____) _____

Is this visit work related? (¿Visita relacionada con el trabajo?): ☐ **Yes** (Sí) ☐ **No** **Workers Comp** (Compensación laboral): _____

Attorney (Abogado): _____ **Claim #** (Número de Reclamo): _____ **Date of Injury** (Fecha de Lesión): _____

Employer (Empleador): _____ **Employer Phone** (Tel. Empleador): _____

Employer Address (Dirección del empleador): _____

Primary Insurance:

Insurance (Aseguranza): _____

Insurance ID # (Número de ID): _____

Group # (Número de Grupo): _____

Policy Holder Name (Titular del Seguro): _____

Policy Holder DOB (Fecha de Nacimiento): _____

Relationship (Relación): _____

SSN (Seguro Social del Titular): _____

Secondary Insurance:

Insurance (Aseguranza): _____

Insurance ID # (Número de ID): _____

Group # (Número de Grupo): _____

Policy Holder Name (Titular del Seguro): _____

Policy Holder DOB (Fecha de Nacimiento): _____

Relationship (Relación): _____

SSN (Seguro Social del Titular): _____

I hereby authorize treatment for the above named patient. I authorize payment directly to the business office of Inview Imaging and its affiliates for services. I authorize the release of any medical records necessary to process insurance claims. I understand that I am financially responsible for the charges including collection fees not covered by my insurance. I have read and understand the policy.

Por la presente, autorizo el tratamiento para el paciente mencionado anteriormente. Autorizo el pago directamente a la oficina administrativa de Inview Imaging y sus afiliados por los servicios prestados. Autorizo la divulgación de cualquier registro médico necesario para procesar reclamaciones de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos, incluidos los gastos de cobranza, que no estén cubiertos por mi seguro. He leído y entiendo la política.

I authorize Inview Imaging and its affiliates to release any information required in the course of my treatment to additional physicians for continuation of care.

Autorizo a Inview Imaging y a sus afiliados a compartir la información necesaria sobre mi tratamiento con otros médicos que participen en mi cuidado, para asegurar una atención continua y de calidad.

Signature (Firma): _____ **Date** (Fecha): _____