

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Dirección: _____ Apto. _____ Fecha de Nac: _____ Sexo: Ma Fem
 Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Email: _____
 Teléfono: (_____) _____ SS#: _____ Doctor/Clinica: _____

FORMA DE PAGO: (Circule uno) **Seguro** **Medi-Cal** **Medicare** **Efectivo** **Médico / Clínica**

¿Ha tenido un examen con nosotros antes? Sí No
 Esta es su primera ultrasonido? Sí No Si no, dónde y cuándo fue su último examen? _____

SÓLO PARA MUJERES:
 Por favor, conteste todas las que apliquen:
 ¿Está embarazada? **Si / No**
 ¿Tiene algún sangrado vaginal anormal? **Si / No**
 ¿Tiene usted algún dolor pélvico anormal o calambres ? **Si / No**
 Fecha de la última menstruación : _____
 ¿Cuántos embarazos que habías tenido? _____
 ¿Cuántos Nacidos Vivos : _____
 ¿Ha tenido una hysterectomía . En caso afirmativo , ¿qué edad? _____

CESIÓN Y ASIGNACIÓN:
 Por la presente asigno mis beneficios del seguro a ser pagados directamente al Alinea Medical Imaging. Acepto la responsabilidad de los servicios no cubiertos. También autorizo Alinea Medical Imaging para liberar información a mi compañía de seguros para procesar este reclamo.
LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS:
 Por la presente autorizo Alinea Medical Imaging para liberar mis películas e informes a cualquier centro médico o el médico que solicita proporcionar mi atención médica para el tratamiento continuo de cuidado de mi salud. Esta autorización se mantendrá vigente durante 1 año a partir de la fecha de mi firma.
X: _____ **Date:** _____

OFFICIAL USE

MRN: _____ Date of Exam: _____ ACC: _____ Tech: _____ TA: _____ NECK & CHEST <input type="checkbox"/> 76536 Thyroid OR Head/Neck Soft Tissue <input type="checkbox"/> 76604 Chest VASCULAR <input type="checkbox"/> 93880 Carotid Arterial BILAT <input type="checkbox"/> 76775 Abdominal Aorta <input type="checkbox"/> 93970 Venous Doppler BILAT Lower / Upper <input type="checkbox"/> 93971 Venous Doppler UNILAT Lower / Upper L / R EXTREMITIES <input type="checkbox"/> 76882 Non vascular Extremity OTHER CPT: _____ Description: _____	ABDOMEN & PELVIS <input type="checkbox"/> 76700 Abdomen - Complete <input type="checkbox"/> 76705 Abdomen - Limited (specify): <input type="checkbox"/> 76770 Renal/Retroperitoneal Complete (kidneys + bladder) <input type="checkbox"/> 76775 Retroperitoneal Limited (Abdominal Aorta) <input type="checkbox"/> 76830 Pelvis - Non-OB/Transvaginal <input type="checkbox"/> 76856 Pelvis - Non-OB/Transabdominal/Male Pelvis <input type="checkbox"/> 76857 Pelvis - Limited <input type="checkbox"/> 76872 Prostate - Transrectal <input type="checkbox"/> 76870 Scrotal with Doppler +93976 OBSTETRIC <input type="checkbox"/> ----- Fetal Sex Only <input type="checkbox"/> ----- Fetal 3D (Non Diagnostic) <input type="checkbox"/> 76801 Fetal OB - 1st Trimester (<14 weeks) <input type="checkbox"/> 76802 Fetal OB (each additional gest <14 weeks) <input type="checkbox"/> 76805 Fetal OB - 2nd/3rd Trimester (>14 weeks) <input type="checkbox"/> 76810 Fetal OB (each additional gest >14 weeks) <input type="checkbox"/> 76813 OB Nuchal Translucency <input type="checkbox"/> 76815 Fetal OB Limited <input type="checkbox"/> 76816 Fetal OB Follow-up <input type="checkbox"/> 76817 OB Transvaginal
---	--