



3909 WARING ROAD, SUITE C  
 OCEANSIDE, CA 92056  
 PHONE (760) 630-0014  
 FAX (760) 630-0015

# REGENTS IMAGING

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Inicial) (Fecha de nacimiento)

### Sección A

**Primary Insurance Policyholder** (Si se lastimo en el trabajo, vaya a la sección C)

Nombre en la póliza: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_ No. de tel. De empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de aseguranza: \_\_\_\_\_ # de Autorización: \_\_\_\_\_

Domicilio de la compañía de aseguranza: \_\_\_\_\_ # de tel.: \_\_\_\_\_

# de ID/Seguro Social: \_\_\_\_\_ # Grupo/Plan: \_\_\_\_\_

Circule la relación del paciente con el miembro de la póliza:

Mismo(a) / Esposo (a) / Hijo (a) Otro: \_\_\_\_\_

### Sección B

**Secondary Insurance Policyholder**

Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Home Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Employer's Name: \_\_\_\_\_ Employer's Phone \_\_\_\_\_

Insurance Company Name: \_\_\_\_\_ Authorization #: \_\_\_\_\_

Insurance Company Address: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

ID#/SSN: \_\_\_\_\_ Group/Plan #: \_\_\_\_\_

Circle patient's relationship to policyholder: \_\_\_\_\_ Self / Spouse / Child Other: \_\_\_\_\_

### Sección C

**Workers' Compensation Information**

Is this a worker's compensation case? Yes No

Name of employer at time of injury: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Insurance Company Name: \_\_\_\_\_ Authorization #: \_\_\_\_\_

Insurance Company Address: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Claim # / SSN: \_\_\_\_\_ Date of Injury: \_\_\_\_\_

Do you have an attorney? Yes No

Attorney's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**\* Una copia de su tarjeta de aseguranza medica es requerida para cada visita\***

Favor de escribir los primeros tres números de su seguro social \_ \_ \_-

Esta forma sera destruida después de que hallamos usado su información para nuestros sistemas.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_