



Patient Information Form

MRN#: _____
STUDY: _____
DOS: _____

PATIENT INFORMATION
Desert Imaging will communicate to patient using the contact information below including phone, text/SMS, email, and mailing address.

Last Name:		First Name:	
Date of Birth:	Gender: M / F	SSN:	
Mailing Address:			
City, State, Zip:		Cell Phone:	
Email:		Work/Home Phone:	

PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION
(Required for patients under the age of 18.)

Parent/Legal Guardian Name:	
Mailing Address (if different than patient):	
Primary Phone:	Relation to Patient:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION
(In case we are unable to contact patient or parent/legal guardian.)

Name:	
Mailing Address (if different than patient):	
Primary Phone:	Relation to Patient:

MEDICAL AUTHORIZATION AND RELEASE OF INFORMATION

I hereby authorize Desert Imaging to furnish the insured's insurance company all personal health information (PHI) which said insurance company may request concerning my present condition. I hereby assign to Desert Imaging all money to which I am entitled for services provided. I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my health insurance carrier(s). I hereby authorize Desert Imaging to release my PHI to other healthcare providers and for other healthcare providers to release my PHI to Desert Imaging as part of my care. Your PHI may be used and disclosed with other health care providers or other health care entities for treatment, payment, health care operations, and public health purposes, as permitted by law, through the Paso Del Norte Health Information Exchange (PHIX). For example, information about your past medical care and current medical condition(s) and medication can be available to other primary care physicians or hospitals if they participate in PHIX. Exchange of health information can provide faster access, better coordination of care, and assist providers and public health officials in making more informed treatment decisions. You may opt out of PHIX and prevent providers from being able to search for your information through the exchange by completing and submitting an Opt-Out Form to the registrar.

I would like to complete an Opt-Out Form

Signature: _____ **Date:** _____

ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICES

By signing below, I hereby acknowledge that I have received or have been given the opportunity to receive a copy of Desert Imaging's Notice of Privacy Practices.

Signature: _____ **Date:** _____

Información del Paciente

Desert Imaging se comunicará con el paciente utilizando la información de contacto a continuación, que incluye teléfono, mensaje de texto/SMS, correo electrónico y dirección postal.

Apellido: | Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento: | Género: M / F | NSS:

Dirección Postal:

Ciudad, Estado, Código Postal: | Teléfono Móvil:

Correo Electrónico: | Teléfono Alternativo:

Información del Padre / Guardián Legal

(Requerido para pacientes menores de 18 años.)

Nombre del Padre/Madre/Guardián Legal:

Dirección Postal (si es diferente al paciente):

Teléfono Principal: | Relación con Paciente:

Información de Contacto en Caso de Emergencia

(En caso de que no podamos comunicarnos con el/la paciente o el/la padre/madre/guardian legal.)

Nombre:

Dirección Postal (si es diferente al paciente):

Teléfono Principal: | Relación con Paciente:

Autorización Médica y Divulgación de Información

Por la presente autorizo a Desert Imaging a proporcionar a la compañía de seguros del asegurado toda la información médica personal (PHI) que dicha compañía de seguros pueda solicitar con respecto a mi condición actual. Por la presente cedo a Desert Imaging todo el dinero al que tengo derecho por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi(s) compañía(s) de seguro médico. Por la presente autorizo a Desert Imaging a divulgar mi PHI a otros proveedores de atención médica y otros proveedores de atención médica a divulgar mi PHI a Desert Imaging como parte de mi atención. Su PHI puede usarse y divulgarse con otros proveedores de atención médica u otras entidades de atención médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y fines de salud pública, según lo permita la ley, a través del Paso Del Norte Health Information Exchange (PHIX). Por ejemplo, la información sobre su atención médica anterior y su(s) condición(es) médicas actuales y medicamentos puede estar disponible para otros médicos u hospitales de atención primaria si participan en PHIX. El intercambio de información médica puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones de tratamiento más informadas. Puede optar por no participar en PHIX y evitar que los proveedores puedan buscar su información a través del intercambio; completando y enviando un formulario de exclusión voluntaria. Si desea excluirse del intercambio de información médica, solicite en la recepción el formulario de exclusión de PHIX.

Firma:

Fecha:

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Desert Imaging.

Firma:

Fecha: