

Información del Paciente

NÚMERO DE CUENTA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN EN EXPEDIENTE* _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____

*si es necesario, escriba a continuación una dirección actualizada o número de teléfono.

NUEVA DIRECCIÓN _____

NUEVA CIUDAD/ESTADO/
CÓDIGO POSTAL _____

NUEVO TELÉFONO _____

Información de Ingresos del Grupo Familiar**INGRESO ANUAL BRUTO O BRUTO
AJUSTADO ACTUAL (PROPIO) \$ _____INGRESO ANUAL BRUTO O BRUTO
AJUSTADO ACTUAL (CÓNYUGE/PAREJA) \$ _____INGRESO ANUAL BRUTO O BRUTO
AJUSTADO COMBINADO (FAMILIA) \$ _____TOTAL DE PERSONAS EN EL GRUPO
FAMILIAR (INCLUYÉNDOSE) _____**Declaración y Firma del Paciente**

Por este medio afirmo que la información anterior es verdadera y exacta. Autorizo a Dominion Diagnostics a que verifique la información anterior con el único propósito de evaluar la necesidad financiera, incluyendo el derecho a buscar documentación de respaldo para la solicitud anterior (p. ej., W-2, codo de pago). Comprendo que si no califico para una tarifa reducida, Dominion Diagnostics me notificará y me hará responsable de la factura total. Por este medio afirmo que no tengo relación ni soy empleado del proveedor que ordenó las pruebas.

FIRME AQUÍ

Firma del paciente _____

Fecha _____

SOLO PARA USO INTERNO

Declaración: _____**Revisado por:** _____ APROBADO DENEGADORazón para la
denegación: _____**Enviar Formularios A:**Fax **401.667.0331 (asegurado por HIPAA)**
Correo postal **Dominion Diagnostics, ATTN: Billing**
PO BOX 638889
Cincinnati, Ohio 45263-8889Si tiene consultas, envíe un correo electrónico a:
patientinfo@dominiondiagnostics.com