



# ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR, LLENE Y ENVÍE ESTE FORMULARIO A DOMINION DIAGNOSTICS PARA:

- 1 actualizar la información del paciente en el expediente (por ejemplo, dirección, teléfono)
- 2 solicitar una tarifa reducida para servicios de diagnóstico realizados
- 3 actualizar la información del seguro en el sistema

## 1 ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

UTILIZAR LA DIRECCIÓN DEL PACIENTE DEL EXPEDIENTE (Marque la casilla para confirmar la dirección postal para enviar estados de cuenta  Actualizar la dirección del paciente a continuación)

DIRECCIÓN ACTUALIZADA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

( ) -  
TELÉFONO DEL PACIENTE (OBLIGATORIO) \_\_\_\_\_

## 2 SOLICITUD DE TARIFA REDUCIDA

### 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 (USTED  
INCLUIDO) \_\_\_\_\_

### 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 de buscar documentación de respaldo para la solicitud anterior (p. ej., W-2, talón 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 (Obligatoria para la solicitud)

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### SOLO PARA USO INTERNO DE DOMINION DIAGNOSTICS

STATEMENT: \_\_\_\_\_

REVIEWER: \_\_\_\_\_

APPROVED FOR REDUCED RATE

DENIED, Reason: \_\_\_\_\_

## 3 ACTUALIZACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO

### INFORMACIÓN ACTUAL DEL SEGURO

#### SEGURO PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
COMPAÑÍA ASEGURADORA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN PARA RECLAMACIONES

( ) -  
CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL SEGURO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PARTE ASEGURADA RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ID DE PÓLIZA\*

#### SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

\_\_\_\_\_  
COMPAÑÍA ASEGURADORA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN PARA RECLAMACIONES

\_\_\_\_\_  
CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL SEGURO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PARTE ASEGURADA RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ID DE PÓLIZA\*

#### SOLO PARA INDEMNIZACIÓN DEL TRABAJADOR (INFORMACIÓN REQUERIDA)

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LESIÓN (MM/DD/AA) NÚMERO DE RECLAMACIÓN

( ) -  
TELÉFONO DEL AJUSTADOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL AJUSTADOR TELÉFONO DEL AJUSTADOR

\* Visite [www.dominiondiagnostics.com/patient-information](http://www.dominiondiagnostics.com/patient-information) para obtener una lista de ejemplos de ID de póliza de la compañía aseguradora

**ENVIAR FORMULARIO:** Fax HIPAA (401) 667-0331 • Correo Dominion Diagnostics Billing, PO BOX 638889, Cincinnati, OH 45263-8889

CONSULTAS: Teléfono 1-800-511-8427, Opción 4 • Correo electrónico [patientinfo@dominiondiagnostics.com](mailto:patientinfo@dominiondiagnostics.com)