

**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 45263-8889**Si tiene consultas, envíe un correo electrónico a:  
**patientinfo@dominiondiagnostics.com**