



Información del seguro

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Seguro primario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nuestra oficina presentará los reclamos a su seguro para todos los servicios reembolsables tanto al seguro primario como al secundario. Por favor, recuerde que usted es responsable de todos los deducibles, copagos y montos de servicios no cubiertos.

_____ Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para tramitar mi reclamo.

INICIAL

_____ Entiendo que debo notificar a la oficina de mi proveedor dentro de **3 días hábiles si mi seguro cambia o cancela.**

INICIAL

_____ Entiendo que mi copago debe ser pagado al momento de la visita.

INICIAL

Firma del paciente/tutor legal: _____