

Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono Personal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Paciente Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGURO PRINCIPAL**

Persona Responsable por la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona Responsable Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

**SEGURO ADICIONAL**

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional?  Sí  No

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleado por \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

**TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros  
y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de  
otra manera son pagaderos a mí, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea  
que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago  
de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha