



REGISTRO DE SEGURO MÉDICO

Presente su tarjeta de seguro médico para ser copiada

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE:

Este es un registro confidencial de su historial médico y se conservará en esta oficina. La información obtenida aquí no será entregada a ninguna persona excepto cuando usted lo autorice.

Nombre: _____ Fecha: _____

SEGURO PRINCIPAL Nombre del seguro: _____

Dirección del seguro _____ # de Tel.: _____

#ID de Suscriptor _____ #de grupo _____ # de plan _____ Fecha de inicio de cobertura: _____

Deducible anual _____ Co-pago _____ Nombre de asegurado _____

Fecha de Nac. de asegurado _____ Sexo M / F #de Tel. de asegurado _____

de Seg Soc de Asegurado _____ Dirección de asegurado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador del Asegurado _____ # Tel. del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SEGURO ADICIONAL Nombre del seguro: _____

Dirección del seguro _____ # de Tel.: _____

#ID de Suscriptor _____ #de grupo _____ # de plan _____ Fecha de inicio de cobertura: _____

Deducible anual _____ Co-pago _____ Nombre de asegurado _____

Fecha de Nac. de asegurado _____ Sexo M / F #de Tel. de asegurado _____

de Seg. Soc. de Asegurado _____ Dirección de asegurado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador del Asegurado _____ # Tel. del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Autorizo que el pago de beneficios médicos se haga directamente al médico proveedor de los servicios recibidos. Soy responsable financieramente de todos los co-pagos y servicios no cubiertos. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleadores, hospitales, médicos o farmacéuticos a revelar cualquier información con respecto a estos reclamos y gastos reportados, ya sea por email, fax o de forma electrónica.

Fecha: _____ Firma (Asegurado/a o persona autorizada): _____