

Formulario de seguro del paciente

Nota: Asegúrese de que nos proporciona una copia de cada tarjeta de seguro. Si su seguro cambia, comuníquenoslo para que podamos actualizar sus datos.

Información del paciente

Apellidos	Nombre	Inicial de segundo nombre	Sobrenombre/Alias
-----------	--------	---------------------------	-------------------

Primera información de seguro (principal)

Nombre de la compañía de seguro	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento	Empresa en la que trabaja
---------------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------

N.º de póliza	N.º de grupo
---------------	--------------

Domicilio particular (si es diferente al del paciente)	Piso	Ciudad	Estado	Código postal
--	------	--------	--------	---------------

Relación con el paciente Yo mismo Padre/Madre Esposo/a Otro

Segunda información de seguro (secundaria)

Nombre de la compañía de seguro	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento	Empresa en la que trabaja
---------------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------

N.º de póliza	N.º de grupo
---------------	--------------

Domicilio particular (si es diferente al del paciente)	Piso	Ciudad	Estado	Código postal
--	------	--------	--------	---------------

Relación con el paciente Yo mismo Padre/Madre Esposo/a Otro

Asignación de beneficios: Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Medicaid, seguro privado o compensación de trabajadores (en esta lista no se incluyen todas las opciones) a Stephanie Herrera, MD and Associates, PA, para todos los servicios proporcionados a mi persona y/o las personas a mi cargo y aún no pagados en su totalidad. Por la presente autorizo y solicito a mi compañía de seguros el pago directo al proveedor indicado. Una fotocopia del presente documento es igual de válido que el original.

Firma del paciente/Tutor legal

Fecha