

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE – USE SOLO TINTA):

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre): _____
 Número de Seguro Social: _____ Femenino Masculino Fecha de nacimiento _____ Edad: _____
 Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono Particular: _____ ¿Nos autoriza a enviarle mensajes de texto? Sí No Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACION SOBRE SU MEDICO/ NUMERO DE TELEFONO (Para miembros de Cigna solamente): _____

TIENE SEGURO MEDICO?: Si No **¿Tiene otro Seguro Medico además de Medicaid?** Si No

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE: (Complete esta sección si el paciente es menor de edad) Padre/Madre Tutor

(Apellido): _____ (Primer nombre): _____ (Segundo nombre): _____

Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____ Teléfono Primario _____

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Estudiante Empleado Retirado Trabajador por cuenta Propia Desempleado

Empleador _____ Ocupación _____

SEGURO PRIMARIO: Relación con el paciente: Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Id#: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Ocupación _____

Marque si es la misma dirección (Si es diferente por favor completar):

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

SEGURO SECUNDARIO: Relación con el paciente: Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Id#: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Ocupación _____

Marque si es la misma dirección (Si es diferente por favor completar):

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

 Certifico de acuerdo a mis conocimientos que la información anterior es correcta. Por este medio autorizo a SNHD a divulgar toda la información adquirida a la compañía de seguros, si así lo requiere por los servicios recibidos. Yo atribuyo todos los beneficios de mi seguro al SNHD, si alguno por los que sean pagados a mí por los servicios recibidos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos que sean o no sean pagos por el seguro medico. Autorizo el uso de esta firma para enviar todos mis cargos al seguro. Yo le notificare al SNHD en forma escrita de cualquier cambio de la cobertura de mi seguro o la de mi hijo menor de edad. Esta autorización será vigente hasta que se haya cumplido completamente o hasta que sea revocada por escrito por mí.