



FECHA

LA FECHA EN CURSO

Fecha Paciente

Tocante al Seguro

1. Pacientes que tienen standard Health Care seguro deben de recordar que los servicios profesionales seran cobrados al paciente y no al seguro.
2. Le daremos una lista detallada para que usted pueda someter para reembolso los seguros.
3. Pacientes con contract Health Plan por favor presente su tarjeta de seguro a la receptionista despues de completar esta forma.
4. Algunos contratos de seguro (HMO's, PPO's, IPA, Etc.) requieren co-pago al tiempo de dar los servicios.
5. La mayor parte de seguros de contrato requieren la forma de seguro sea submitida por nuestra oficina.
6. Si usted tiene algunas preguntas, nosotros le ayudaremos con gusto.
7. La siguiente informacion tiene que ser verdadera y actual cualquier falsedad tocante al seguro primario y/o secundario sera considerado fraude y sera reportado al comisionario de seguros.

Informacion Paciete - Marca Por Favor

Nombre (Primer) (Inicial) (Apellido) (Apellido)

Direccion Calle Apr. #

Ciudad Estado Zona Seguro Social # Telefono de la Casa

Fecha de Nacimiento Edad Sexo (Marque Uno) Masculino Femenino Casado Soltero Ocupacion

Nombre de Empresa Direccion Empresa Ciudad Estado Zp

Telefono de Empresa Extension Licencia de Manejar (Numero) Estado

Informacion de Seguro

Nombre del Seguro y Direccion

Numero de la Poliza Numero del Grupo (Marque Uno) Suscriptor Dependiente

Informacion Conyge - Responsabilidad Finacial Conyge

Nombre (Primer) (Inicial) (Apellido) (Apellido)

Direccion Calle Apr. #

Ciudad Estado Zp Seguro Social # Telefono de la Casa

Fecha de Nacimiento Edad Sexo (Marque Uno) Masculino Femenino (Marque Uno) Casado Soltero Ocupacion

Nombre de Empresa Domicilio de Empresa Ciudad Estado Zp

Telefono de Empresa Extension Licencia de Manejar (Numero) Estado

Informacion de Seguro

Nombre del Seguro y Direccion

Numero de Poliza Numero del Grupo (Marque Uno) Suscriptor Dependiente

Emergencia y Ota Informacion

Persona de Notificar en Caso de Emergencia (Que no Sea Familia) Relacion al Paciente

Direccion Calle Apr. #

Ciudad Estado Zp Telefono de la Casa

Otro Doctor Del Paciente

¿Como Se dice Cuenta de Nosotros?