

INFORMACIÓN DEL GARANTE: (Indique el nombre de la persona o asegurado responsable del pago de la factura: utilice el nombre legal completo, sin apodos)

Relación del garante con el paciente: Usted _____ Cónyuge _____ Padre _____ Otra _____

Apellido, Nombre: _____ Seguro Social _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Nombre del Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Permita que el recepcionista fotocopie sus tarjetas de identificación del seguro)

SI LA PARTE ASEGURADA ES ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE, INCLUYA LA FECHA DE NACIMIENTO PARA LOS RECLAMO

SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ Nombre del asegurado: _____

Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

*N.º de Póliza/Identificación: _____ * N.º de grupo: _____

* Fecha de entrada en vigencia: _____

Dirección y teléfono para reclamos: _____

SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE

*Nombre del plan: _____ * Nombre del asegurado: _____

*N.º de Seguro Social del asegurado: _____ * Fecha de nacimiento del asegurado: _____

*N.º de Póliza/Identificación: _____ * N.º de grupo: _____

* Fecha de entrada en vigencia: _____

Dirección y teléfono para reclamos: _____

*** CAMPOS OBLIGATORIOS: COMPLETE PARA LA FACTURACIÓN ***

*** ADJUNTE UNA COPIA DE LAS TARJETAS DEL SEGURO ***