



# Formulario de información sobre el seguro

(No llene si solo tiene Medicaid o Sin seguro)

## Información sobre el seguro primario

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

# de Póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ # de Identificación \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Seguro secundario

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

# de Póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ # de Identificación \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Proporcione por favor la tarjeta del seguro al recepcionista

Autorizo a la compañía de seguro referida para pagar directamente a The Pediatric Center of Southwest Louisiana los beneficios rendidos a mí, conforme a lo dispuesto en la póliza vigente. Pagare todos los cargos por encima de lo que sea la suma a ser pagada. Autorizo a The Pediatric Center of Southwest Louisiana a divulgar información a la compañía de seguros para mis reclamos para que sean pagados.

\_\_\_\_\_  
Nombre ( en molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Para uso de oficina únicamente)

Guarantor Name \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Chart entered By \_\_\_\_\_