

Fecha _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido		Nombre		Inicial
Dirección	Apto.	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección fuera del estado		Ciudad	Estado	Código postal
Marque con un círculo: Hombre Mujer Empleo del paciente _____				
N° teléfono local () _____		N° teléfono fuera del estado () _____		
N° teléfono del trabajo _____		Fecha de nacimiento _____		
		Mes	Día	Año
N° Seguridad Social _____ - _____ - _____		Remitido por _____		
Marque con un círculo: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Licencia de conducir _____ Estado _____				
Seguro médico primario _____		Dirección _____		
Número de póliza _____		Número de grupo _____		
Nombre del suscriptor/garante _____		Fecha nac. _____	Sexo _____	Relación _____
Empleador del suscriptor/garante _____		N° teléfono _____		
Seguro secundario _____		Dirección _____		
N° de póliza _____		N° de grupo _____		
Otros familiares que acuden a este consultorio _____				
Nombre del cónyuge _____		Empleo _____	N° teléfono _____	
Nombre de un pariente o amigo cercano que no viva en su domicilio: _____ Relación _____				
Dirección		N° teléfono		

AUTORIZACIÓN PARA EL SEGURO Y ASIGNACIÓN

Solicito que el pago, conforme al plan del seguro, se me envíe a mí o al proveedor por cualquier servicio que me haya sido prestado. Autorizo al proveedor indicado arriba a divulgar la información que fuera necesaria para tramitar esta reclamación. También permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y autorizo que se envíe por fax o se fotocopie la información. Mi firma servirá como autorización de por vida para Medicare.

Certifico que la información suministrada por mí al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a quien tenga información médica o de otra índole sobre mi persona, incluyendo hospitalización o atención ambulatoria por mi/s problemas/s de salud, incluyendo problemas de tipo psicológico o psiquiátrico, drogadicción, alcoholismo, anemia falciforme o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o análisis para detectar el VIH, a que la entregue a la Administración de Seguridad Social o sus intermediarios o aseguradoras, o al agente de facturación de este médico o proveedor, cualquier información necesaria para esta reclamación o cualquier reclamación relacionada con Medicare. Solicito que se efectúe el pago de los beneficios autorizados en mi nombre y solicito que el pago de beneficios del seguro médico se efectúe a mí o a quien acepte la asignación. Autorizo que dicho médico u organización presente una reclamación a Medicare para que me sea pagada. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de todos los cargos ya sean pagados o no por el seguro mencionado.

Firma del paciente

Fecha