

Número de certificado/póliza _____ Relación de paciente con la persona que tiene el seguro:
_____ Es del paciente _____ Esposo _____ Esposa
Número de Identificación (ID#) del pagador _____ _____ Hijo _____ Hija _____ Otro

Este seguro cubre a : _____ Un grupo (usualmente se obtiene por en empleo) _____ Individual Copago: _____

Información del empleador de la persona bajo la que está el seguro

Número de Seguro Social: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____ Hombre _____ Mujer

Fecha de nacimiento: _____ Tipo de estudiantado : - _____ Tiempo completo _____ Medio tiempo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: (____) _____ Teléfono del trabajo o celular: (____) _____

Firma de la persona responsable

Fecha

Si esta visita está relacionada con una herida que ocurrió en el trabajo o un accidente automovilístico, por favor infórmele a la recepcionista porque hay otros papeles que hay que completar.
