



## REGISTRO DE SEGURO MÉDICO

Presente su tarjeta de  
seguro médico para ser  
copiada

### POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE:

Este es un registro confidencial de su historial médico y se conservará en esta oficina. La información obtenida aquí no será entregada a ninguna persona excepto cuando usted lo autorice.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRINCIPAL** Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_ # de Tel.: \_\_\_\_\_

#ID de Suscriptor \_\_\_\_\_ #de grupo \_\_\_\_\_ # de plan \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de cobertura: \_\_\_\_\_

Deducible anual \_\_\_\_\_ Co-pago \_\_\_\_\_ Nombre de asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. de asegurado \_\_\_\_\_ Sexo M / F #de Tel. de asegurado \_\_\_\_\_

# de Seg Soc de Asegurado \_\_\_\_\_ Dirección de asegurado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_ # Tel. del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

---

**SEGURO ADICIONAL** Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_ # de Tel.: \_\_\_\_\_

#ID de Suscriptor \_\_\_\_\_ #de grupo \_\_\_\_\_ # de plan \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de cobertura: \_\_\_\_\_

Deducible anual \_\_\_\_\_ Co-pago \_\_\_\_\_ Nombre de asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. de asegurado \_\_\_\_\_ Sexo M / F #de Tel. de asegurado \_\_\_\_\_

# de Seg. Soc. de Asegurado \_\_\_\_\_ Dirección de asegurado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_ # Tel. del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Autorizo que el pago de beneficios médicos se haga directamente al médico proveedor de los servicios recibidos. Soy responsable financieramente de todos los co-pagos y servicios no cubiertos. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleadores, hospitales, médicos o farmacéuticos a revelar cualquier información con respecto a estos reclamos y gastos reportados, ya sea por email, fax o de forma electrónica.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma (Asegurado/a o persona autorizada ): \_\_\_\_\_