

ESSEX SPECIALIZED SURGICAL INSTITUTE
INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE

CON EL FIN DE FORMULAR SUS PAGOS CORRESPONDIENTES A TRAVES DE SU SEGURO MEDICO Y ASEGURANDONOS QUE CADA SERVICIO SEA PROCESADO DE ACUERDO A SU RESPECTIVO PLAN DE SALUD, (DEDUCTIBLES, COBERTURAS DE SERVICIOS O NO COBERTURAS) EL CENTRO DE CIRUGIA DEJA BAJO SU RESPONSABILIDAD INFORMARNOS LO SIGUIENTE:

IMPRIMA O ESCRIBA POR FAVOR

NOMBRE DEL CIRUJANO: _____ *DIA DE LA CIRUGIA* _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ SEGURO SOCIAL: _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA _____

TELEFONO DE DOMICILIO #: _____

TELEFONO DE NEGOCIO #: _____ TELEFONO CELULAR: _____

PROCEDIMIENTO(S) _____ *OJO:* _____

CODIGO DEL PROCEDIMIENTO _____ CODIGO DEL DIAGNOSTICO _____

DOCTOR DE MEDICINA GENERAL

CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

TELEFONO#: _____ TELEFONO: _____

FAX #: _____ RELACION _____

INFORMACION DE SEGURO

COMPAÑIA DE SEGURO PRIMARIO _____

DIRECCION: _____

IDENTIFICACION: _____ GRUPO #: _____

#POLIZA DEL MIEMBRO PRIMARIO: _____ RELACION: _____

FECHA DE NACIMIENTO MIEMBRO PRIMARIO: _____ SEGURO SOCIAL _____

AUTORIZACION DE PRE-CERTIFICACION#: _____

COMPAÑIA DE SEGURO SECUNDARIO _____

DIRECCION: _____

IDENTIFICACION#: _____ GRUPO #: _____

#POLIZA DEL MIEMBRO PRIMARIO: _____ RELACION: _____

FECHA DE NACIMIENTO MIEMBRO PRIMARIO : _____ SEGURO SOCIAL _____

AUTORIZACION DE PRE-CERTIFICACION _____

SOLICITO QUE LOS PAGOS AUTORIZADOS POR EL MEDICARE U OTRO BENEFICIO MEDICO SEAN HECHOS DIRECTAMENTE, BIEN A MI PERSONA O A ESSEX SPECIALIZED SURGICAL INSTITUTE PARA CUBRIR GASTOS DE SERVICIOS PRESTADOS POR MIS PROCEDIMIENTOS.

YO NO AUTORIZO OCULTAR NINGUNA INFORMACION QUE SEA PARA EL BENEFICIO DE CUMPLIR CON LOS DEBIDOS AGENTES FINANCIEROS ENCARGADOS DE MANEJAR LA INFORMACION NECESARIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE MIS CORRESPONDIENTES PAGOS POR SERVICIOS MEDICOS BIEN SEAN: ANESTESIOLOGO Y DOCTOR DE MEDICINA

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

TRANSPORTACION REQUERIDA: NO SI