

SEGUNDO SEGURO

Por favor presente tarjeta de seguro

Nombre de Seguro: _____ Direccion: _____
Calle Area Telefono

Co-Pay: _____
Ciudad EstadoCodigo

PCP: _____

Nombre Segurado: _____ MM/DD/AA
Apellido Nombre Medio Sexo Cumpleanos Edad C ___ D ___ S ___
Estatus Personal

Nombre de Empleo: _____
Seguro ID Nombre O Numero de grupo

Direccion de Empleo: _____
Calle Ciudad EstadoCodigo

FAVOR DE LEER: Fort Worth Perinatal Associates, P.A. (FWPA), y sus doctoras son cometidas a asegurar la privacidad sobre su informacion de salud. Hemos colgado la Alerta de Privacidad en la area de recepcion. No tiene que leer esta alerta, Pero si queremos que esten consientes de esta alerta.

Yo le doy el derecho a FWPA sobre mis beneficios de aseguranza. Autorizo que usen mi informacion medica para determinar beneficios medicos, siciaticos, y o abuso de drogas/alcohol. Esta autorizacion seguira en pie basta ser cambiada por autoridades medicas.

Yo entiendo que esta orden no me libra de la obligacion de pagar mis biles sino son cubiertos por mi aseguranza. Acepto que FWP A sea mi representante con mi aseguranza.

Todo cargo debe ser pagado al tiempo de servicio. Si alguna operacion es indicada, yo soy responsable de llevar todo el papeleo al doctor.

Firna de Paciente: _____

Fecha: _____