

---

---

**CUESTIONARIO DE SEGURO**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Las preguntas siguientes son necesarias para que podamos verificar apropiadamente sus beneficios y mandar sus reclamos a la compañía de seguros para usted. Conteste por favor tan completamente como posible.

**SEGURO PRIMARIO**

Tipo de seguro:  ASHP/ASN  Bluecross/Blueshield  Cigna  Kaiser  Medicare  PHCS  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (escriba por favor como aparece en la tarjeta del seguro): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Identificación del asegurado (ID #) \_\_\_\_\_

Número del Grupo (Group #) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Plan de seguro \_\_\_\_\_

El paciente es el:  Poseedor de la póliza de seguros  Esposo(a)  Niño

**SEGURO SECUNDARIO**

Tipo de seguro:  Ninguno  AETNA  ARP  Bluecross/Blueshield  Cigna  United  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (escriba por favor como aparece en la tarjeta del seguro): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Identificación del asegurado (ID #) \_\_\_\_\_

Número del Grupo (Group #) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Plan de seguro \_\_\_\_\_

El paciente es el:  Poseedor de la póliza de seguros  Esposo(a)  Niño

¿Hay otro Plan de Salud?  No  Sí: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE AUTOMOVILES (sólo para casos de accidentes – Personal Injury)**

Tipo de seguro:  Ninguno  21<sup>st</sup> Century  AAA  All State  Farmers  Mercury  State Farm  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

No. de Reclamación/Póliza: \_\_\_\_\_

El paciente es el:  Poseedor de la póliza de seguros  Esposo(a)  Niño  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador \_\_\_\_\_

Teléfono del ajustador \_\_\_\_\_

**SEGURO DE TERCEROS (sólo para casos de accidentes – Personal Injury)**

Tipo de seguro:  Ninguno  21<sup>st</sup> Century  AAA  All State  Farmers  Mercury  State Farm  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

No. de Reclamación/Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador \_\_\_\_\_

Teléfono del ajustador \_\_\_\_\_

¿Tiene usted a un abogado que representa usted?  No  Sí: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGURO DE COMPENSACION DE TRABAJO (sólo para casos de accidentes de trabajo)**

¿Quién en su trabajo autorizó su visita a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo no le he informado mi accidente a mi empleador todavía

Yo le he informado mi accidente a mi empleador pero a yo no tengo una autorización

Autorizo la liberación de información médica o cualquier otra información necesaria para procesar mi reclamo al seguro. Conuerdo en pagar por servicios no cubiertos por el seguro y entiendo que soy últimamente responsable del pago en repleto en esta oficina.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_