

# Santa Maria Medical Group

## Información del Paciente

Fecha de hoy:

\_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre:

\_\_\_\_\_

Nombre Secundario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social:

\_\_\_\_\_

Numero Telefónico: \_\_\_\_\_ Celular:

\_\_\_\_\_

Número en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

## Información del Seguro

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Número del grupo:

\_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor:

\_\_\_\_\_

Nombre del miembro (si es diferente del suscriptor)

\_\_\_\_\_

## Póliza de la Oficina

Por favor tomar nota que afirmando esta póliza usted se responsabiliza por toda la información escrita, y que todo está correcto e preciso. Utilizar información de otra persona es ilegal. Si sospechamos que la información lista no es valida, tenemos el derecho de suspender usted de nuestra oficina.

Es la responsabilidad del paciente estar informado acerca de los beneficios y derechos de su seguro. Si su seguro se terminó, usted es responsable por cualquier diferencia del costo total. Usted debería estar familiarizado con los limitaciones y exclusiones del seguro, deductibles, copagos, máximo anual por familia, e etc. Estudiantes con más de dieciocho años tienen que informar el seguro con una carta de full-time status en la escuela para poder tener cobertura.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: