

Envíe una copia del frente y dorso de su tarjeta del seguro junto con este formulario completo y una copia de su identificación con foto (licencia de conducir).

Complete este formulario y envíelo a la oficina comercial del hospital al menos cinco meses antes de su fecha de parto.

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Raza _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tiempo de residencia _____ Teléfono (____) _____ Correo electrónico: _____
Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad en el empleo _____
Dirección del empleado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del empleado (____) _____ Estado civil (Encierre una opción en un círculo) Casada Soltera Viuda Divorciada Otro
N° del Seguro Social _____ Religión (opcional) _____
Médico _____ Fecha de parto _____ Último ciclo menstrual _____
Admisión previa Sí _____ No _____ Nombre que utilizó _____ Fecha _____

Cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad en el empleo _____
Dirección del empleado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del empleador (____) _____ N° del Seguro Social del cónyuge _____

Notificar en caso de emergencia a: _____ Relación _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

GARANTE (PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LA CUENTA)

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
N° del Seguro Social _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad en el empleo _____
Dirección del empleado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del empleador (____) _____

SEGURO PRIMARIO

Compañía de seguro _____ Teléfono (____) _____
Compañía de certificación previa _____ Teléfono (____) _____
Persona asegurada _____ N° del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador _____ Teléfono (____) _____ Enviar correo postal a: _____
N° de grupo _____ N° de póliza _____ N° de certificación _____ N° de empleador _____
N° de sindicato _____ N° de plan _____

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro _____ Teléfono (____) _____
Compañía de certificación previa _____ Teléfono (____) _____
Persona asegurada _____ N° del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador _____ Teléfono (____) _____ Enviar correo postal a: _____
N° de grupo _____ N° de póliza _____ N° de certificación _____ N° de empleador _____
N° de sindicato _____ N° de plan _____

Envíe este formulario a Las Colinas Medical Center