



Lea las instrucciones descritas en su póliza antes de completar o firmar este documento.
Adjunte original de las cuentas cuando complete este formulario

Información del Paciente y Asegurado	Favor contestar todas las preguntas	
1. Nombre del Paciente (Nombre, 2do Nombre y Apellido)	2. Fecha de nacimiento del paciente	3. Dirección del asegurado
4. Dirección del paciente y No. de teléfono	5. Sexo del paciente Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	6. Dirección del asegurado y No. de teléfono
	7. Relaciones del paciente y el asegurado Usted <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	8. No. de Póliza del asegurado
12. Firma del paciente de la persona autorizada. Autorizo suministrar cualquier información. Los beneficios necesarios para procesar este reclamo.	9. Estaba en condición relacionada con: Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente
		11. Detalles del accidente
13. Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o proveedor descrito abajo	13. Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o proveedor descrito abajo	
Firmado	Fecha	Firmado (Asegurado o persona autorizada)

Información del Médico o Proveedor			
14. Fecha de:	Enfermedad. (Primer síntoma) o lesión (Accidente) o embarazo (FUM)	15. Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición	16. ¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17. Nombre del médico que lo refiere			18. Para servicios relacionados con la hospitalización, de las fecha de la hospitalización Admitido: _____ Dado de alta: _____
19. Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios			20. Las pruebas de laboratorio se hicieron fuera de su consultorio? (Otro que no sea la casa o consultorio) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Honorarios: _____
21. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión, relación el diagnóstico del procedimiento en la columna D con referencia a los números 1, 2, 3 etc. ó código DX			

22.	A Fecha del servicio	B Lugar del servicio	C Descripción completa de los procedimientos, servicios o asistencia médica suministrados en cada fecha indicada Código del procedimiento (Indíquelos)	D Código de Diagnóstico	E Honorarios	E
			(Explique los servicios o circunstancias no usuales)			

23. Firma del médico o proveedor	24. Acepto asignación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	25. Total de los Honorarios	26. Cantidad pagada pendiente	27. Saldo pendiente
30. No. de la cuenta de su paciente	28. No. de identificación o código de registro	29. Nombre del médico o asistente, Director, Zona Postal y No. del teléfono		

Ponga los códigos de servicios

1- (H) - Paciente hospitalizado	4. (H) - Casa del paciente	7. (NH) - Casa de convalecientes	O. (OL) - Otro lugar
2- (OH) - Paciente no hospitalizado	5. Facilidad cuidado diurno	8. (SNF) - Facilidad enfermeras especiales	A- (LI) - Laboratorio independiente
3- (O) - Consultorio médico	6. Facilidad cuidado nocturno	9. Ambulancia	B- Otra facilidad médica / Quirúrgica