

Forma para Informacion de Aseguranza

Numero de expediente del paciente _____ Fecha de Hoy ____/____/____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Direccion _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Codico Postal _____

Numero de telefono (____) _____ - _____ Cell (____) _____ - _____

Nombre del plan de AHCCCS _____

Numero de Identificacion de AHCCCS _____

Tiene otro seguro aparte de AHCCCS? SI - No

*****Si usted tiene AHCCCS y seguro privado usted es requerido a dar a Arizona Pediatric Clinics toda la informacion***** (Iniciales) _____

Nombre del seguro privado _____

Numero de telefono del seguro (____) _____ - _____ Fecha de vigencia ____/____/____

Nombre del asegurado _____

Numero de seguro social del asegurado _____ - _____ - _____

Numero de Identificacion del asegurado _____ # de grupo _____

Relacion al paciente _____

Nombre de seguro secundario _____

Numero de telefono del seguro (____) _____ - _____ Fecha de vigencia ____/____/____

Nombre del asegurado _____

Numero de seguro social del asegurado _____ - _____ - _____

Numero de Identificacion del asegurado _____ # de grupo _____

Relacion al paciente _____

Hay un deducible? SI - No

El deducible es para la familia o individual? _____

Se ha cumplido el deducible para el ano 2008? _____

*****Si no el paciente es responsable por pagar la consulta*****

Que es la cantidad del co-pago para la visita enferma? _____

Que es la cantidad del co-pago para fisico? _____

Cubre su seguro las vacunas? SI - No

Toda informacion incluida es correcta. Si hay algun cambio en mi cobertura yo informare a Arizona Pediatric Clinics inmediatamente. (Iniciales) _____

Firma _____ Fecha ____/____/____