

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

El siguiente formulario solicita información sobre su seguro médico. Tenga a mano la información de su seguro médico para completar éste formulario.

¿La persona que recibe los servicios tiene seguro Medicaid/Husky? En caso afirmativo, complete la información a continuación

- Sí
- No

Número de Medicaid: _____

Nombre del niño en la tarjeta: _____

¿La persona que recibe servicios tiene seguro médico Privado o Comercial? En caso afirmativo, complete la información a continuación

- Sí
- No

*Nombre del Titular de la Póliza**

Nombre _____ *Apellido* _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza _____

Mes/Día/Año

*Nombre del Seguro Médico** _____

*Número de Identificación de Miembro** _____

Número de Grupo _____

Número de Teléfono de la compañía de Seguro: _____

Reverso de Tarjeta

*Empleador del Titular de la Póliza** _____

Dirección (Si es diferente de la de arriba)

Dirección (Calle)

Dirección línea 2 (PO Box, Apartamento #, etc.)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono de la compañía de Seguro _____

Reverso de Tarjeta

¿Tiene un seguro médico secundario?

- Sí
- No

Nombre del Titular de la Póliza Secundaria

Nombre _____ **Apellido** _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza Secundaria _____

Mes/Día/Año

Póliza Secundaria * _____

Número de Identificación de Miembro de la póliza Secundaria* _____

Número de Grupo de la póliza Secundaria _____

Dirección (Si es diferente de la de arriba)

Dirección (Calle)

Dirección línea 2 (PO Box, Apartamento #, etc.)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono de la póliza Secundaria _____

Reverso de la Tarjeta

AUTORIZACIONES

Liberación de Información*

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo (incluida información psiquiátrica, de VIH y relacionada con drogas y/o alcohol) necesaria para procesar éste reclamo. También solicito el pago de beneficios gubernamentales ya sea a mí mismo o a la parte que acepta la asignación.

Persona que recibe los servicios o firma de la persona autorizada para la divulgación de información *

_____ Fecha _____

Autorización de Pago *

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor asignado por los servicios prestados en Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc.

Persona que recibe los servicios o firma de la persona autorizada para la divulgación de información *

_____ Fecha _____