



Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado

\_\_\_\_ Mismo \_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_ Hijo(a)

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Co-Pagos \$ \_\_\_\_\_

### **Médico Anterior/Record Médico:**

Nombre del doctor o centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Número: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### **Información de su Farmacia:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### **Persona a contactar en caso de emergencia:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Número: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### **Beneficios Asignados • Acuerdo Financiero**

Acuerdo de por vida dar autorización que los pagos de beneficios del seguro médico, se den directamente a Rahn Shaw MD, PA, también conocido como Park Ave Medical y otros asistentes médicos. Comprendo que seré responsable financieramente de todos los cargos cubiertos o no cubiertos. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos de colección, y cargos razonables de abogados. Autorizo que ésta oficina de toda información necesaria para asegurar pagos de beneficios. Autorizo que una fotocopia de este acuerdo sea tan válida como la original.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_