



Porfavor Conteste Todas las Preguntas

Información del Paciente

Form fields for patient information including Apellido, Nombre, Segundo nombre, Fecha de Nacimiento, Seguro social, Sexo, Raza, Grupo Étnico, Dirección, Estado, Condado, Estado Civil, Empleado, and Doctor de Familia.

Información de Asegurancia Medica

Form fields for insurance information including 1) and 2) Compañia, Dirección, Ciudad, Estado, C.P., Medicare/ID#, and Grupo #.

Información del Asegurado

Form fields for insured information including Nombre, Relación, Seguro social, Fecha de Nacimiento, Empleado, Dirección, and Ciudad, Estado, C.P.

Información del Asegurado

Form fields for insured information including Nombre, Relación, Seguro social, Fecha de Nacimiento, Empleado, Dirección, and Ciudad, Estado, C.P.

Yo entiendo que yo soy responsable por los cargos que los agentes mencionados no cubran. Yo estoy de acuerdo de que en un evento de no pagar, yo sería responsable por todos los intereses, la coleccion financiera, y los pasos legales (si necesarios). (2) Yo autorizo a la compañía aseguradora mia para dar informacion en cuenta de mi cobertura financiera a Wilmington Health Associates.

Firma del Paciente _____

Fecha/Tiempo _____

Firma de Persona Responsable _____

Fecha/Tiempo _____

una copia de esta autorización y asignación sera considerada validad como la original.