

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO

Name of **Primary** Insurance Co.: _____ Policy # _____ Group # _____
(Nombre del Plan Médico) (Número de Póliza) (Número de Grupo)

Name of Policy Holder Relationship to Patient Social Security Number Date of Birth
(Nombre del Asegurado Principal) (Relación con Paciente) (Número de Seguro Social) (Fecha de Nacimiento)

Additional Insurance: (Secondary)
(Plan Medico Secundario)

Name of secondary insurance company: _____ Policy # _____ Group # _____
(Nombre del Plan Médico Secundario) (Número de Póliza) (Número de Grupo)

Name of Policy Holder Relationship to Patient Social Security Number Date of Birth
(Nombre del Asegurado Principal) (Relación con el Paciente) (Número de Seguro Social) (Fecha de Nacimiento)

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
(Solicitar Información Médica)

This is to authorize the verbal release of my medical condition, status, and/or test results, in the event that I am not home, to the following (specify all family members authorized): (Esto es para autorizar a divulgar mi información médica, estado y/o los resultados de laboratorio, en caso de no estar presente, a las siguientes personas (especificar todos los miembros de la familia autorizados).

Name: _____
(Nombre)

Relationship to Patient: _____
(Relacion con el Paciente)

Name: _____
(Nombre)

Relationship to Patient: _____
(Relación con el paciente)

X _____
Patient's Signature (Parent of guardian if minor)

Date

Relationship to the Patient:
(Relacion con el Paciente):

- Mother
(Madre)
- Father
(Padre)
- Other: _____
(Otro)