

**SEA COMPLETADO SOLAMENTE POR PACIENTES CON MEDICARE:
AUTORIZACION POR LA FIRMA EXTENDIDA**

Nombre del Beneficio de Salud
(Paciente)

Demanda del Numero de Seguro

Parte A Fecha de Efectivo: _____

Parte B Fecha de Efectivo: _____

“Pido que pago de beneficios autorizados por Medicare se hagan o a mí o en mi nombre a BRISTOL PARK MEDICAL GROUP, INC. Por cualquier servicios rendidos a mi por ese médico/proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí que entregue a la Administración financiera del Cuidado de la Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados.”

Firma del Paciente

Fecha

**SEA COMPLETADO SOLAMENTE POR PACIENTES CON SEGURO PPO, EPO, COMERCIALES:
ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO**

Nombre del Paciente _____ Sexo _____

Nombre de Compañía del Seguro _____ No. de Telefono _____

Dirección de la Compañía del Seguro _____
(Ciudad) (Estado) (Codificación de la Zona)

Subscriptor _____ Relación _____

Certificado/No. Seguro Social _____ No. del Grupo _____

Nombre de su Empleador _____ Telefono de Empleador _____

Indique otros incluidos por este seguro _____

Por lo presente autorizo y demando la compañía del seguro, o del agente de la misma, pagarle directamente a Bristol Park Medical Group, Inc. Por sevicios Médico o Quirúrgicos rendidos a mi o un miembro de mi familia.

Esta firma servirá también como autorización para entregar información médica necesaria para satisfacer pago.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

OTRO SEGURO PARA EL PACIENTE:

Nombre _____ Dirección _____
(Compañía del Seguro)

(Ciudad, Estado, Codificación de la Zona)
Subscriptor _____ Relación _____

Esposo/a del Subscriptor (si otra persona que el paciente) _____

Nombre del Paciente _____ Sexo _____

Nombre de Compañía del Seguro _____ No. de Telefono _____

Dirección de la Compañía del Seguro _____
(Ciudad) (Estado) (Codificación de la Zona)

Certificado/No. Seguro Social _____ No. del Grupo _____

Nombre de su Empleador _____ Telefono de Empleador _____