



### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre:  Fecha de nacimiento:

No. de expediente médico:  Fecha de la cita:

**Nota: Si el paciente proviene de una institución de enfermería especializada, favor suministrar el nombre y número de teléfono de la institución**

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Garante: (persona responsable de la factura, si es distinta al paciente)**

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ FDN del garante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

No. de seguro social del garante: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/CP del garante: \_\_\_\_\_

Domicilio del garante: \_\_\_\_\_

Teléfono celular del garante: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial del garante: \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**

**TITULAR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Nombre/plan de seguro: \_\_\_\_\_ No. de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

**TITULAR SECUNDARIO DE LA PÓLIZA**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Nombre/plan de seguro: \_\_\_\_\_ No. de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

**Favor seleccionar el método de pago si es distinto al del seguro médico**

Compensación al trabajador  Determinación de discapacidad  Pago por cuenta propia  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Empleador cuando ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_ Aseguradora/# de reclamo: \_\_\_\_\_

Domicilio del seguro: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_