

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO

Name of **Primary** Insurance Co.: _____ Policy # _____ Group # _____
(Nombre del Plan Medico) (Numero de Poliza) (Numero de Grupo)

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

Additional Insurance: (Secondary)
(Plan Medico Secundario)

Name of secondary insurance company: _____ Policy # _____ Group # _____
(Nombre del Plan Medico Secundario) (Numero de Poliza) (Numero de Grupo)

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

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

X _____
Print Name Date

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

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