

SOLICITUD DE SEGURO

SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENICA DE LA CIUDAD DE SAN ANTONIO
PARA AYUDA LLAME AL TELEFONO (210) 227-7252 FAX # (210) 224-6945

**** ESTA FORMA **DEBE ESTAR FIRMADA** PARA QUE EL SEGURO SEA REGISTRADO ****

** SI ES UNA **RECLAMACION POR WORKERS COMPENSATION** LLAME AL TELEFONO CITADO **

No. DE CUENTA DEL E.M.S.	FECHA DE SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE:	
DIRECCION, (CIUDAD, ESTADO, Y Z.P.) DEL PACIENTE:	
TELEFONO (EN CASA) DEL PACIENTE:	TELEFONO (EN EL TRABAJO):
No. DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:	

SEGURO #1	
COMPAÑIA ASEGURADORA:	
DIRECCION DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA:	
TELEFONO (EN LA ASEGURADORA):	
NOMBRE DEL SEGURODO:	RELACION CON EL PACIENTE:
IDENTIFICACION #:	GRUPO O POLIZA #:

SEGURO #2	
COMPAÑIA ASEGURADORA:	
DIRECCION DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA:	
TELEFONO (EN LA ASEGURADORA):	
NOMBRE DEL SEGURODO:	RELACION CON EL PACIENTE:
IDENTIFICACION #:	GRUPO O POLIZA #:

SEGURO #3	
COMPAÑIA ASEGURADORA:	
DIRECCION DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA:	
TELEFONO (EN LA ASEGURADORA):	
NOMBRE DEL SEGURODO:	RELACION CON EL PACIENTE:
IDENTIFICACION #:	GRUPO O POLIZA #:

AUTORIZO CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA EL PROCESO DE ÉSTA
SOLICITUD Y QUE EL PAGO DE TODO BENEFICIO A TERCEROS SEA HECHO A LOS
SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA DE LA CIUDAD DE SAN ANTONIO

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

FECHA

Atención: ESTA FORMA DEBE ESTAR FIRMADA PARA QUE EL SEGURO SEA REGISTRADO.