

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

PLAN DE SEGURO PRINCIPAL: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación con la paciente: Ella misma Cónyuge Otra: _____

Dirección de la aseguradora: _____

Teléfono de la aseguradora: () _____

Número o nombre de grupo: _____

N.º de ID del suscriptor _____ N.º de póliza _____

Empresa del asegurado: _____ Teléfono () _____

Dirección: _____

Si la póliza está a nombre de la paciente/esposa, ¿cubre el plan de seguro al cónyuge o la pareja? _____

¿Cubre esta aseguradora lo siguiente?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico de infertilidad únicamente | <input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para conseguir embarazo | <input type="checkbox"/> No cubre la infertilidad |

PLAN DE SEGURO SECUNDARIO (del cónyuge o pareja): _____

(Incluso si no está en el plan)

Nombre del suscriptor: _____

Relación con la paciente: Cónyuge Otra: _____

Dirección de la aseguradora: _____

Teléfono de la aseguradora _____

Número o nombre de grupo: _____

N.º de ID del suscriptor _____ N.º de póliza _____

Empresa del asegurado: _____ Teléfono () _____

Dirección: _____

Si la póliza está a nombre de la paciente/esposa, ¿cubre el plan de seguro al cónyuge o la pareja? _____

¿Cubre esta aseguradora lo siguiente?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico de infertilidad únicamente | <input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para conseguir embarazo | <input type="checkbox"/> No cubre la infertilidad |

Apellidos de la paciente: _____ Nombre: _____

Indique qué laboratorios hay contratados con su aseguradora:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LabCorp | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Quest | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Bristol Park Laboratory únicamente | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |

Indique qué hospitales hay contratados con su aseguradora:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hoag Memorial Hospital Presbyterian- | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Irvine Medical Center | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Mission Hospital | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Newport Beach Surgery Center
(instalaciones ambulatorias) | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | - <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja |

ASIGNACIÓN Y COMUNICADO

Por la presente autorizo a que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a: **Doctor Robert E. Anderson**. Soy responsable financieramente de todos los servicios no cubiertos. También autorizo a los médicos a comunicar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones médicas.

Nombre de la paciente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del cónyuge/pareja:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____