

Nombre del paciente: _____ Seguro principal: _____

Número de cuenta: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de atención: _____ ID del afiliado: _____

Número de grupo: _____

Sección A Seguro principal

NOMBRE DEL(LOS) DEPENDIENTE(S) DE LA PÓLIZA PRINCIPAL:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Número de seguro social (opcional)</u>
_____	_____	___/___/___	___	_____
_____	_____	___/___/___	___	_____
_____	_____	___/___/___	___	_____

¿Está usted o algún otro miembro de su familia cubierto por otra póliza de seguro médico o dental, o por Medicare? Marque Sí o No a continuación.

- No** Si la respuesta es **No**, firme y escriba la fecha a continuación y devuelva este cuestionario.
- Sí** Si la respuesta es **Sí**, firme y escriba la fecha a continuación y complete todos los campos que pertenecen al(los) afiliado(s) con la otra cobertura.

Se requiere firma: _____ **Fecha:** ___/___/___

Proporcione una copia de todas las tarjetas de seguro. Gracias.

Sección B Otro seguro: Si esto no aplica, firme arriba y devuelva el formulario.

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN:

- Póliza de salud
- Póliza dental

TIPO DE PÓLIZA:

- Individual
- De grupo
- Póliza de deportista
- Póliza estudiantil
- Suplemento de Medicare
- Póliza del Champus
- Otro

Nombre de otra compañía de seguros: _____ (Si hay más de una, haga una lista en una página separada)

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del asegurado del otro seguro: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ___/___/___ ID N.º: _____

Fecha de vigencia del otro seguro: ___/___/___ Si se canceló, fecha de cancelación: ___/___/___



*  Advocate Health Care
 0
 6
 1
 5
 0
 0
 *
COORDINATION OF BENEFITS QUESTIONNAIRE - SPANISH
 CREATED BY: PATIENT ACCESS SERVICES
 CREATED DATE: 01/2018
 REVISED DATE: N/A

Patient Label

Se encuentra el asegurado:

Trabajando activamente para el grupo

Se encuentra vacante

Jubilado, fecha de jubilación: ____/____/____

En COBRA, que comenzó: ____/____/____

Empleador de los asegurados: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

NOMBRE DEL(LOS) DEPENDIENTE(S) DE LA OTRA PÓLIZA:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Número de seguro social (opcional)</u>
_____	_____	____/____/____	____	_____
_____	_____	____/____/____	____	_____
_____	_____	____/____/____	____	_____

Sección C Medicare: Si esto no aplica, firme en la primera página y devuelva el formulario.

INFORMACIÓN DE MEDICARE:

¿El titular de la póliza y/o el(los) dependiente(s) tienen Medicare? Sí No

Nombre de la(s) persona(s) con Medicare: _____

Número de Medicare, incluyendo caracteres alfa: _____

Fecha de entrada en vigor de la Parte A de Medicare: ____/____/____ Fecha de entrada en vigor de la Parte B de Medicare: ____/____/____

Fecha de entrada en vigor de la Parte C de Medicare: ____/____/____ Fecha de entrada en vigor de la Parte D de Medicare: ____/____/____

Derecho a Medicare: Edad Discapacidad* Enfermedad renal en etapa terminal (ERT)*

*Si el motivo es por Discapacidad o ERT, por favor, proporcione lo siguiente:

1ra fecha de discapacidad: ____/____/____

1ra fecha de diálisis para ERT: ____/____/____

¿Se inició la ERT en una institución? Sí No

¿Se inició la ERT como autodiálisis o diálisis en el hogar?: Sí No

¿Se ha realizado un trasplante? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la fecha del trasplante: ____/____/____