

Formulario de Registro de Pacientes Extranjeros

Hoja 2/2

Información del Seguro Medico

22) Seguro: _____
Nombre de la compañía

23) TEL. _____ - _____ - _____

24) Fax _____ - _____ - _____

25) _____ 26) _____
Nombre del Asegurado Relación con el Paciente

27) Nro. De Póliza: _____ 28) Nro de Grupo: _____

29) Nro. De Reclamo: _____

30) Dirección del Seguro: _____

Para asegurarse que su reclamo sea procesado en el mejor tiempo posible, por favor informe a su compañía de seguro de su hospitalización.

Información de su Empleador

31) Empleador: _____ 31) Ocupación: _____

32) Dirección del Empleador: _____

33) TEL. del Empleador: _____ - _____ - _____

Hospitalizaciones Anteriores

34) Fue admitido anteriormente a este hospital? Si No

34a) Si su respuesta es Si, favor de apuntar fechas de admisión:

Otras

Favor de proporcionar al representante del hospital cualquier documento importante como Pasaporte, Tarjeta de Identificación, Tarjeta del seguro, o Póliza del Seguro.

Notes:

