

Nombre de Médico Referente: _____

Teléfono de Médico Referente: _____

Dirección de Médico Referente: _____

Nombre de Doctor General: _____

Teléfono de Doctor General: _____

Dirección de Doctor General: _____

Nombre de Optometrista: _____

Teléfono de Optometrista: _____

Dirección de Optometrista: _____

Nombre de Contacto De Emergencia: _____

Relación a Usted: _____

Teléfono De La Casa: _____

Celular: _____

Firma Del Paciente/Padre/Guardián: _____

¿Cómo encontró NYMSEC? Familia Amigo Sitio web de NYMSEC

Directorio de seguros Cerca de casa/trabajo Búsqueda de Google

Doctor General/Especialista _____

Optometrista _____ Otro _____

Otros miembros de la familia atendidos en NYMSEC: _____

DESIGNACIÓN DE PERSONAS A SU INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Acepto que NYMSEC puede divulgar ciertas partes de mi información médica a un familiar, amigo o cuidador porque dicha persona está involucrada con mi atención médica o con el pago relacionado con mi atención médica. En ese caso, NYMSEC divulgará solo información que sea directamente relevante para la participación de la persona en mi atención médica o el pago relacionado con mi atención médica

Deseo hacer una designación en este momento

Firma de la Paciente/Padre /Guardián: _____

Designo a las siguientes personas enumeradas a continuación como personas involucradas con mi atención médica o con el pago relacionado con mi atención médica con el propósito de que NYMSEC realice las divulgaciones limitadas descritas anteriormente. Entiendo que no estoy obligado a incluir a nadie. También entiendo que puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Celular: _____ Email: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

¿El paciente está cubierto por un seguro médico? SÍ NO

Nombre del Asegurado: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: Él mismo Cónyuge Hijo

Otro _____

Nombre del seguro: _____

Plan de seguro: _____

Número de La Póliza asegurada/ Número de identificación: _____

Número Póliza del Grupo: _____

Si el Asegurado no es el propio (paciente), proporcione la siguiente información:

Número de seguro social asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador asegurado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

¿El paciente está cubierto por un seguro médico? SÍ NO

Nombre del Asegurado: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: Él Mismo Cónyuge Hijo

Otro _____

Nombre del Seguro: _____

Plan de Seguro: _____

Número de La Póliza asegurada/ Número de identificación: _____

Número Póliza del Grupo: _____

Si el Asegurado no es el propio (paciente), proporcione la siguiente información:

Número de Seguro Social Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Empleador Asegurado: _____