



**JULIA BARRIGA MD PA**  
 5001 E. BUSCH BLVD.  
 TAMPA, FL. 33617  
 PHONE: (813) 984-8846  
 FAX: (813) 984-8827  
 www.juliabarrigamd.com

## INFORMACIÓN SEGURO MEDICO

9-2-19

**GARANTE FINANCIERO:** esta es la persona que recibira los resúmenes de facturación por correo y es responsable por los pagos.

Nombre completo del garante financiero \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del garante financiero : \_\_\_\_\_ Seguro Social del garante financiero \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del garante financiero \_\_\_\_\_ ¿Vives con paciente? \_\_\_ Si, \_\_\_ No.

\_\_\_ He leído, comprendido y acepto la política financiera anterior para el pago de las cuotas.

Firma del garante financiero \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

*Nombre abajo la información correspondiente a cada paciente si el garante corresponde a los pacientes.  
 (si no corresponde, por favor llenar otro formulario)*

	<b>Paciente 1</b>	<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 3</b>	<b>Paciente 4</b>
<b>Nombre del paciente tal como aparece en la tarjeta del seguro</b>				
<b>Nombre de la compañía de seguro</b>				
<b>Numero de suscriptor del Seguro</b>				
<b>Relación con el suscriptor del seguro</b>	___ Yo, ___ hijo,a	___ Yo, ___ hijo,a	___ Yo, ___ hijo,a	___ Yo, ___ hijo,a
<b>Numero de grupo</b>				
<b>Nombre del grupo</b>				
<b>Dirección de la compañía de seguros</b>				
<b>Teléfono de la compañía de seguros</b>				
<b>Médico de atención primaria listado en la tarjeta</b>				

**La tarjeta de seguro debe estar presente para ser escaneada**

**Para las compañías de seguros comerciales: complete la información del suscriptor principal (mamá, papá o tutor)**

Apellido del suscriptor: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador : \_\_\_\_\_

**Responsabilidad del paciente (si no lo sabe, déjelo en blanco):**

Copago de visita del PCP: Enfermo: \_\_\_\_\_, Examen Anual: \_\_\_\_\_ Porcentaje de coseguro: \_\_\_\_\_ Deducible anual: \_\_\_\_\_

**Cobertura de seguro SECUNDARIO** (si el paciente tiene 2 seguros, el seguro comercial es primario y Medicaid (seguro de asistencia) es Secundario)  
 (Para procesar reclamos, necesitamos información de ambos seguro y ambos deben ser asignados a JULIA BARRIGA MD PA como PCP)

Apellido del suscriptor: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador : \_\_\_\_\_

**Responsabilidad del paciente (si no lo sabe, déjelo en blanco):**

Copago de visita del PCP: Enfermo: \_\_\_\_\_, Examen Anual: \_\_\_\_\_ Porcentaje de coseguro: \_\_\_\_\_ Deducible anual: \_\_\_\_\_