

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____

de identificación de póliza: _____ Nombre de póliza de seguros: _____

Relación con paciente: Padre/Guardián Esposo(a) Titular Otro: _____
(Circule uno)

_____ Seleccione aquí si no posee seguro

_____ Seguro no provisto

Descargo de responsabilidad: al proveer la información de su seguro arriba, usted autoriza al Distrito de Salud de West Central a facturar a su compañía de seguros por administrar la vacuna Covid-19. No se le cobrará ningún cargo no pagado por su compañía de seguros.

Descargo de responsabilidad: los dólares de la HRA se pueden usar para satisfacer el reclamo si tiene una cuenta HRA.