



I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento
(DD/MM/AAAA): _____ Género: _____ Dirección:

Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono:

Correo Electrónico: _____

II. INFORMACIÓN DE SEGURO

Por favor, proporcione los detalles de su seguro para la verificación de cobertura.

Proveedor de Seguros: _____
Código de Póliza: _____
Número de Grupo (si aplica): _____

III. CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo al Hospital Cumulus a proporcionar atención médica y divulgar la información necesaria para el procesamiento de reclamaciones de seguros. Reconozco que este centro cumple con las normas PCI y HIPAA, y que mi información está protegida.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

IV. USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de Registro: _____ Procesado por: _____