



Empleado/Nombre del titular de la póliza:

Empleador:

Nombre del paciente:

Relación:

Fecha de servicio o cita:

- A. S N Está el paciente empleado?  
B. S N Existe un plan de salud patrocinado por el empleador ofrecido por ese empleador al paciente?  
C. S N Está el paciente inscrito bajo cualquier otro plan de salud durante el último año? \*

\* Si otra inscripción del plan está activa o finalizado en el último año, necesitamos la información del plan a continuación.

Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación(si es aplicable): \_\_\_\_\_

Nombre de proveedor (si es aplicable) \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Plan de salud: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de póliza/plan: \_\_\_\_\_ Tenedor de la póliza: \_\_\_\_\_

Nivel de cobertura: ( ) Empleado ( ) Emp/Cónyuge ( ) Emp/Hijo(a) ( ) Familia  
Beneficios: ( ) Medico ( ) Dentista ( ) Vision

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

FAX to: 302-629-8416

110 South Shipley Street Seaford DE 19973 800-959-3518 www.integratpa.com