



## 2025 Información del Paciente y Actualización del Seguro

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Su información es la misma? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*En caso afirmativo, firme a continuación. Gracias por actualizar su información con nosotros.

¿Cambiará su seguro para 2025? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*En caso afirmativo, presente su nueva tarjeta de seguro al Coordinador de Servicios al Paciente y complete la nueva información a continuación.

Nombre del nuevo Seguro: \_\_\_\_\_

Nuevo ID#: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

¿Tiene un seguro secundario?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID#

\_\_\_\_\_

¿Cambios en el nombre del paciente? \_\_\_\_\_

¿Nueva dirección? \_\_\_\_\_

Nuevo Teléfono # Casa/Trabajo/¿Celular? \_\_\_\_\_

Nueva dirección de correo electrónico? \_\_\_\_\_

¿Algún cambio en su caso de Compensación Laboral? SÍ/NO En caso afirmativo:

\_\_\_\_\_

¿Algún cambio en la carcasa de su automóvil? SÍ/NO En caso afirmativo:

\_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\*Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Solo para uso de CORA:*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

SYS#: \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_