



2026 Información del Paciente y Actualización del Seguro

"Por favor, complete con su información de 2026. No completar o proporcionar información incorrecta puede resultar en beneficios inexactos."

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 2026? 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: _____
