

**REGISTRO DE PACIENTES Y
VERIFICACION DE SEGUROS**

El día de hoy: _____

Nombre del propietario de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

El mejor teléfono de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el niño: _____ Cónyuge: _____

Información del Seguro Primario

Compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del seguro: _____

Número de grupo: _____ Número de identificación: _____

Pediatra: _____ Teléfono: _____

Dirección del pediatra: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Asignación y Liberación

Entiendo que soy financieramente responsable del pago a *Clear Speech, Incorporated* por los cargos no cubierto por mi compañía de seguros. Yo autorizo que los beneficios médicos se pagaran directamente a *Clear Speech, Incorporated*. También autorizo a mi terapeuta y / o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para reclamaciones relacionadas con servicios de terapia. Entiendo que cualquier saldo no pagado de más de 60 días está sujeto a ser enviado a una agencia de colecciones que representa a *Clear Speech, Incorporated*.

Firma _____ Fecha: _____

Sólo para Uso Oficial:

Seguro Primario: Hablé con _____ **Fecha** _____

Hay un beneficio del habla del desarrollo neurológico? Sí_ No_ Hay un beneficio de habla de rehabilitación? Si_ No_

Se requiere una referencia? Sí_ No_ Se requiere autorización? Sí_ No_

Cómo se obtiene la autorización? _____

Cuántas visitas al año? _____ Hay un límite de dólares? Qué es: _____

Cuál es el beneficio máximo para terapia del habla por año? _____ Copago _____ Coseguro _____

Qué es el deducible? _____ Se ha alcanzado el deducible para este año? Sí_ No_

Alguna Cláusula de exclusión? _____

Notas:

Seguro Secundario: Hablé con _____ **Fecha** _____

Hay un beneficio del habla del desarrollo neurológico? Sí_ No_ Hay un beneficio de discurso de rehabilitación? Sí_ No_

Se requiere una referencia? Sí_ No_ Se requiere autorización? Sí_ No_

Cómo se obtiene la autorización? _____

Cuántas visitas al año? _____ Hay un límite de dólares? Qué es: _____

Cuál es el beneficio máximo para terapia del habla por año? _____ Copago _____ Coseguro _____

Qué es el deducible? _____ Se ha alcanzado el deducible para este año? Sí_ No_

Alguna Cláusula de exclusión? _____

Notas: