



CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD

PACIENTES HMO UNICAMENTE

INFORMACION DEL SUBSCRIPTOR		
NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	NOMBRE DEL PACIENTE	
PARENTESCO CON EL SUBSCRIPTOR	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	# DE GRUPO
CERTIFICACIÓN/# DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE MIEMBRO	

“Yo, _____, entiendo que soy elegible para

(NOMBRE DEL PACIENTE)

beneficios de _____ en o a partir de _____

(NOMBRE DE LA CO. DE SEGUROS)

(FECHA EFECTIVA)

por medio del trabajo de mi _____ en _____

(PROPIO/CÓNYUGE/PADRES)

(NOMBRE DEL EMPLEADOR)

o por medio de la póliza HMO de mi _____.”

(PROPIO/CÓNYUGE/PADRES)

“Yo entiendo que Bristol Park Medical Group, Inc. es el IPA/Grupo Medico escogido para el paciente nombrado arriba.”

“Estoy enterado que si lo de arriba no es verdadero, Yo (o la persona financieramente responsable de mi) soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que se me provean. Yo estoy de acuerdo que si lo de arriba no es verdadero, Yo (o la persona financieramente responsable de mi) pagara por completo todos estos cargos.”

NOTA: Para que los servicios estén cubiertos, el grupo medico en la tarjeta debe de ser Bristol Park Medical Group.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE	PERSONAL DE LA OFICINA	FECHA
--	------------------------	-------