DELTA HEALTH SYSTEMS

REFIÉRASE A SU TARJETA DE ID PARA EL DOMICILIO CORRECTO

de ID del Empleado | No. Seguro Social del Empleado

			-								-			-					

FORMULARIO PARA RECLAMO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

1. NOMBRE DEL PACIENTE	2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE | |	3. NOMBRE DEL EMPLEADO
4. DOMICILIO DEL PACIENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	5. SEXO DEL PACIENTE HOMBRE ❑ MUJER ❑ 7. RELACIÓN DEL PACIENTE AL EMPLEADO YO ❑ CÓNYUGE ❑ NIÑO ❑ OTRO ❑	6.DOMICILIO DEL EMPLEADO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) ❑ **MARQUE AQUÍ SI ES UN DOMICILIO NUEVO**

8. OTRA COBERTURA DE SEGURO
¿SE CUBRE EL PACIENTE CON OTRO PLAN? ❑ Sí ❑ No SI ES ASÍ, PROVEA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CARGADOR:

IDENTIFICACIÓN O SEGURO SOCIAL _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____

TIPOS DE COBERTURA DEL CARGADOR: ❑ MÉDICO ❑ MEDICINA ❑ DENTAL ❑ VISTA

FECHA EFICAZ DE COBERTURA _____ TERMINACIÓN DE COBERTURA _____

9. AUTORIZO EL DENTISTA SUSCRITO REVELAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO.	10. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DENTALES AL DENTISTA SUSCRITO O PROVEEDOR DE SERVICIO(S) DESCRITO(S) ABAJO.
FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) FECHA	FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) FECHA

LO SIGUIENTE SE LLENA POR UN OFTALMÓLOGO O OPTOMETRISTA SOLAMENTE

1. ¿ES ESTO UN CAMBIO DE RECETA?..... ❑ Sí ❑ No
2. ¿SON LOS LENTES O MARCOS PARA ANTEOJOS DEL SOL U OTRO PROPÓSITO NO CORRECTIVOS?..... ❑ Sí ❑ No
3. ¿SE USARÁN LOS NUEVOS LENTES O MACROS PARA:
   - RÉPLICA DEL MISMO ARTÍCULO?..... ❑ Sí ❑ No
   - REEMPLAZO DE LENTES PERDIDOS O ROTOS?..... ❑ Sí ❑ No
   - REEMPLAZO DE MARCOS ROTOS? ..... ❑ Sí ❑ No
4. ¿FUERON LOS SERVICIOS DE VISTA REQUERIDOS COMO UNA CONDICIÓN DEL EMPLEO DEL PACIENTE? ..... ❑ Sí ❑ No
5. LA CLASE DE LENTE RECETADA: ❑ VISTA SINGULAR ❑ TRIFOCAL ❑ LENTICULAR ❑ BIFOCAL ❑ PROGRESIVO ❑ CONTACTOS

FECHA(S) DE SERVICIO	SERVICIO / PROCEDIMIENTO	DIAGNOSIS	CARGO	

DATE	FIRMA (DOCTOR TENDIENTE)	CALIFICACIONES	NO. FED DE IMPUESTOS	TELÉFONO

DOMICILIO FÍSICO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL