

# FORMULARIO DE SEGURO - Español

---

## HISTORIAL GENERAL DEL CLIENTE

### 1. Información del cliente:

Nombre del cliente:	Segundo nombre del cliente:	Apellido del cliente:	
_____	_____	_____	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Dirección:	Apartamento/ número de unidad:
_____	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No binaria(o)	_____	_____
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
_____	_____	_____	
¿Cómo se enteró de nosotros / Remitido por:		Su ubicación de servicio preferida:	
_____		<input type="checkbox"/> 209 Cherry St, Milford, CT <input type="checkbox"/> 29 Federal Rd. Danbury, CT	

## FORMULARIO DE SEGURO

### 2. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO PRINCIPAL / TITULAR DE LA PÓLIZA

Compañía de seguro primaria:	Número de identificación / política de miembro:	Número de Grupo:
_____	_____	_____
Relación del cliente con el asegurado: <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Cliente/Usted		
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
_____	_____	

### 3. ¿Tiene seguro adicional / secundario?

- Sí  
 No

### 4. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA SECUNDARIA

¿Tiene algún seguro adicional? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:	
Compañía de seguro secundario:	Número de identificación / política de miembro:	Número Grupo:
_____	_____	_____

Relación del cliente con el asegurado:

Padre  Tutor  Cliente/Usted

Nombre del titular de la póliza:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del titular de la póliza:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

\_\_\_\_\_

Género del titular de la póliza:

Femenino

Masculino

Dirección del titular de la póliza:

\_\_\_\_\_

Ciudad:

\_\_\_\_\_

Estado:

\_\_\_\_\_

Código postal:

\_\_\_\_\_

Policy Holder's Employer/School:

\_\_\_\_\_

5. Por favor proporcione imágenes de su tarjetas de seguro (s), delante y detrás.

## Aviso de verificación de seguro

Aunque [KidSense Therapy Group](#) es parte de una red de proveedor con varias compañías de seguros, todas las compañías individuales tienen diferentes coberturas. Esto es especialmente cierto para las empresas que compran seguros fuera del estado de Connecticut o empresas autofinanciadas.

[KidSense Therapy Group](#) hará todo lo posible para verificar su cobertura, pero usted es responsable de estar familiarizado con sus beneficios, ya que no somos el titular de la póliza. Usted es responsable de realizar un seguimiento de los límites de visitas, deducibles o límites de desembolso personal, así como de las exclusiones de la necesidad médica. Si bien nos esforzamos para que cada niño esté cubierto por los servicios que consideramos necesarios, no podemos garantizar la cobertura del seguro.

Si usted está fuera de la red con su compañía de seguro y desea presentar un reclamo sobre sus beneficios fuera de la red, se espera que pague la visita en el momento del servicio. Nuestra oficina le proporcionará documentación para que USTED la envíe a su compañía de seguro.

En última instancia, al aceptar recibir cualquier servicio proporcionado por [KidSense Therapy Group](#), acepta la responsabilidad total de cubrir cualquier tarifa que le niegue su compañía de seguro y autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de su hijo proporcionados con el fin de evaluar y administrar reclamaciones por beneficios de seguro.

Por la presente, también autoriza el pago de los beneficios del seguro que de otro modo se le pagarían directamente a KidSense y reconoce y acepta la responsabilidad de cualquier obligación financiera que la compañía de seguro no cubra en última instancia.

---

Client Signature

---

Date