



PATIENT INFORMATION FORM

Check one of the following:

All Cigna Insurance
 Other Insurance (Any Non-Cigna)
 FFS/Self Pay

Attach copy of front and back of Insurance card

PATIENT INFORMATION

LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL		SOCIAL SECURITY #		DATE OF BIRTH		SEX	
						M F	
STREET ADDRESS		CITY		STATE	ZIP CODE	PATIENT PHONE	
RESPONSIBLE PARTY		RELATIONSHIP TO RESPONSIBLE PARTY		PATIENT E-MAIL ADDRESS			
RESPONSIBLE PARTY STREET ADDRESS		CITY		STATE	ZIP CODE	RESPONSIBLE PARTY PHONE	
LANGUAGE		ETHNICITY		RACE			

INSURANCE COVERAGE/OWNER OF INSURANCE POLICY

LAST NAME		FIRST NAME		M.I.	DOB	SOCIAL SECURITY #		RELATIONSHIP TO PATIENT	
STREET ADDRESS				CITY			STATE	ZIP CODE	
				EMPLOYER ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)					
WORK PHONE ()		HOME PHONE ()		INSURANCE CARRIER*					
INSURANCE CO. ADDRESS				INSURANCE CO. PHONE		POLICY ID #		GROUP #	

Is the patient covered under any other health coverage? Yes No If Yes, complete Additional Healthcare Insurance.

ADDITIONAL HEALTHCARE INSURANCE (Medicare Part B - FFS, Supplemental, All Other Insurance)

LAST NAME		FIRST NAME		M.I.	DOB	SOCIAL SECURITY #		RELATIONSHIP TO PATIENT	
STREET ADDRESS				CITY			STATE	ZIP CODE	
				EMPLOYER ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)					
WORK PHONE ()		HOME PHONE ()		INSURANCE CARRIER*					
INSURANCE CO. ADDRESS				INSURANCE CO. PHONE		POLICY ID #		GROUP #	

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT

LAST NAME		FIRST		M.I.	RELATIONSHIP		TELEPHONE #	

Your signature below indicates:

- (If you have insurance) You authorize Cigna Medical Group (CMG) to release medical or other information as requested by your insurance company to have your medical claims paid.
- (If you have insurance) You authorize direct payment of medical benefits by your insurance company to CMG for any services furnished to you and otherwise payable to you.
- Your agreement to pay any and all final balance due to CMG for services you receive which are your responsibility and/or are denied by your insurance company.

Patient/Parent or Legal Guardian Signature

Date

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Marque una de las siguientes opciones:

Seguro de Cigna exclusivamente Otro seguro (cualquiera que no sea de Cigna) Pago por servicio/autopago

Adjunte una copia del anverso y el reverso de la tarjeta del seguro

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		N.º DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO M F	
CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL PACIENTE	
PARTE RESPONSABLE		RELACIÓN CON LA PARTE RESPONSABLE		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE			
DIRECCIÓN DE LA PARTE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DE LA PARTE RESPONSABLE	
IDIOMA		ORIGEN ÉTNICO		RAZA			

COBERTURA DEL SEGURO/TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL 2.º NOMBRE		FECHA DE NAC.		N.º DEL SEGURO SOCIAL		RELACIÓN CON EL PACIENTE	
CALLE				CIUDAD				ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
EMPLEADOR				DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)							
TELÉFONO LABORAL ()		TELÉFONO PARTICULAR ()		COMPAÑÍA DE SEGUROS*							
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA		DE SEGUROS N.º DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN		N.º DE GRUPO			

¿El paciente tiene cobertura de algún otro seguro de salud? Sí No

En caso afirmativo, complete la información sobre el seguro de atención médica adicional.

SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA ADICIONAL (Parte B de Medicare - Pago por servicio, complementario, cualquier otro seguro)

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL 2.º NOMBRE		FECHA DE NAC.		N.º DEL SEGURO SOCIAL		RELACIÓN CON EL PACIENTE	
CALLE				CIUDAD				ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
EMPLEADOR				DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)							
TELÉFONO LABORAL ()		TELÉFONO PARTICULAR ()		COMPAÑÍA DE SEGUROS*							
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA		DE SEGUROS N.º DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN		N.º DE GRUPO			

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL 2.º NOMBRE		RELACIÓN		N.º DE TELÉFONO	
----------	--	---------------	--	------------------------	--	----------	--	-----------------	--

Al firmar a continuación, manifiesta que:

- (Si tiene seguro) Autoriza a Cigna Medical Group (CMG) a divulgar información médica o de otra naturaleza que solicite su compañía de seguros para que se paguen sus reclamos médicos.
- (Si tiene seguro) Autoriza a su compañía de seguros a efectuar el pago directo de los beneficios médicos a CMG por los servicios que le presten y que sean pagaderos a usted.
- Se compromete a pagar cualquier saldo final adeudado a CMG por los servicios que reciba y deba pagar y/o que su compañía de seguros deniegue.

Firma del paciente/padre o tutor legal

Fecha