



COORDINATION OF INSURANCE BENEFITS

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Patient's Full Name: <i>Nombre completo del paciente</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento</i>
Primary Insurance Seguro Primario	
Insurance Plan: <i>Plan de seguro</i>	Member ID: <i>Identificación de miembro</i>
Full Name of Primary Insured: <i>Nombre completo del asegurado primario</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento</i>
Relationship to Patient: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent/Step-parent/Legal Guardian <i>Relación con el paciente Yo Mismo Cónyuge o pareja Padre / Padrastro / Tutor legal</i>	
Secondary Insurance Seguro Secundario	
Insurance Plan: <i>Plan de seguro</i>	Member ID: <i>Identificación de miembro</i>
Full Name of Primary Insured: <i>Nombre completo del asegurado primario</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento</i>
Relationship to Patient: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent/Step-parent/Legal Guardian <i>Relación con el paciente Yo Mismo Cónyuge o pareja Padre / Padrastro / Tutor legal</i>	

I understand that, as a courtesy, HBI will bill the above insurance plan(s) for services rendered, and if the insurance company fully or partially denies payment, I, the undersigned, am responsible for the outstanding balance due, including any additional fees should the account be referred to a third party for collection.

Entiendo que, como cortesía, HBI facturará al (a los) plan (es) de seguro anterior por los servicios prestados, y si la compañía de seguros niega total o parcialmente el pago, yo, el abajo firmante, soy responsable del saldo adeudado pendiente, incluidas las tarifas adicionales en caso de que la cuenta se envíe a un tercero para su recopilación.

Patient/Guardian Signature: _____
Firma del paciente / tutor

Date: _____
Fecha

If the patient is a minor, or the above signatory is not the patient
Si el paciente es menor de edad, o el signatario anterior no es el paciente

Print Name of Person Signing: _____
Imprimir el nombre de la persona que firma

Relationship to Patient: Parent/Legal Guardian Legal Representative (submit Power of Attorney)
Relación con el paciente Padre / Tutor legal Representante legal (presentar copia del poder notarial)

By typing your name on the signature line and checking this box, you certify that you are legally responsible for signing and submitting this document electronically. SAVE THIS DOCUMENT TO YOUR DEVICE, ATTACH IT TO E-MAIL AND SEND TO INTAKE@HBINETWORK.COM.
Al escribir su nombre en la línea de firma y marcar esta caja, certifica que es legalmente responsable de firmar y enviar este documento electrónicamente. GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SU DISPOSITIVO, ADJÚNTELO A UN CORREO ELECTRÓNICO Y ENVÍELO A INTAKE@HBINETWORK.COM.