



**EYEGAZE EDGE®**  
**Información de seguro del usuario**

La información recopilada en este formulario permanecerá confidencial y se utilizará solo con el fin de proporcionar asistencia para obtener fondos de seguro para un Eyegaze Edge.

**Información del usuario:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fax del médico: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ SLP: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono SLP: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico de SLP: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Divorciado  Hombre  Mujer

La condición está relacionada con: Empleo  Accidente automovilístico  Otro accidente

El usuario vive en: Su hogar familiar  Hogar para ancianos  Centro de vida asistida  Bajo cuidados paliativos

**Información de contacto para asuntos de seguro / financiamiento:**

Relación con el usuario: Propio  Cónyuge  Hijo  Padre  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de pago (marque todo lo que corresponda):  
Plan de seguro grupal  Plan de seguro individual  Medicare  Medicaid  /Estado: \_\_\_\_\_ Usuario/Familia

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_ (adjuntar copia de la tarjeta - anverso y reverso):  
Nombre tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Núm demembresía: \_\_\_\_\_  
Teléfono para información del proveedor: \_\_\_\_\_ Núm de grupo: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: Propio  Cónyuge  Hijo  Otro  \_\_\_\_\_

**Seguro secundario** \_\_\_\_\_ (adjuntar copia dela tarjeta – anverso y reverso):  
Nombre tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Núm de membresía: \_\_\_\_\_  
Teléfono para información del proveedor: \_\_\_\_\_ Núm de grupo: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: Propio  Cónyuge  Hijo  Otro  \_\_\_\_\_

**Por favor, imprima cualquier información para otro seguro / adicional en la parte posterior de este formulario.**

**Es importante incluir el nombre y la información de contacto de MD y SLP. No podemos presentar una reclamación sin ello.**