

# Seguro, Etc.

---

**\*Compañía #1 de Seguro:** \_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
Persona de Contacto/Título: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**\*Compañía #2de Seguro:** \_\_\_\_\_  
Persona de Contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**\*Medicaid** (HMO Nombre si esto se aplica – este es el nombre de la compañía que se encuentra arriba del nombre de su niño/a y el número de identificación de la tarjeta medica):

Numero de ID: \_\_\_\_\_  
Trabajador Elegible: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Oficina del trabajador elegible: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**\*Suplemento del Seguro Social (SSI):** \_\_\_\_\_  
Persona de Contacto/Título: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**\*Otro:**  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
Persona de Contacto/Título: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Notas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_