



Solicitud de Información

Fecha: _____

Estimado miembro de Americorps:

Por favor entregue esta forma a su proveedor de servicios médicos conjuntamente con su tarjeta de identificación.

Nombre del proveedor: _____ Nombre del paciente: _____

Dirección del proveedor: _____ Certificado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estimado proveedor de salud:

Por favor provea la siguiente información médica y adhiérala al reclamo antes de enviarlo. El recibo de esta información facilitara el proceso y pago del reclamo. Gracias.

1. En que fecha le consulto el paciente por primera vez con los síntomas relacionados con esta condición?

2. En que fecha fueron originalmente diagnosticados las siguientes condiciones?

Fecha: _____ Código de Diagnostico: _____ Fecha: _____ Código de Diagnostico: _____

3. Si el paciente consulto otro (s) medico (s) antes de consultarle, por favor indique el nombre y la dirección del medico.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

4. Estaba el paciente tomando alguna prescripción medica, diaria, semanal o mensualmente antes de consultarle por tratamiento?

Si ___ No ___

De ser afirmativo favor explique cual medicamentos: _____

Certifico que la información aquí contenida es cierta en el mejor de mis conocimientos

Firma: _____ Fecha: _____ Tax ID#: _____

Favor enviar a:

AmeriCorps
Attn: Claims
P.O. Box 3430
Carmel, IN 46082-3430

Servicios al Cliente
AmeriCorps Programs