



**COORDINATION OF INSURANCE BENEFITS**

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO**

|  |  |
|--|--|
| Patient's Full Name:<br><i>Nombre completo del paciente</i>  | Date of Birth:<br><i>Fecha de nacimiento</i>   |
| <b>Primary Insurance Seguro Primario</b>   |  |
| Insurance Plan:<br><i>Plan de seguro</i>   | Member ID:<br><i>Identificación de miembro</i> |
| Full Name of Primary Insured:<br><i>Nombre completo del asegurado primario</i>   | Date of Birth:<br><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<br><i>Relación con el paciente Yo Mismo Cónyuge o pareja Padre / Padrastro / Tutor legal</i> |  |
| <b>Secondary Insurance Seguro Secundario</b>   |  |
| Insurance Plan:<br><i>Plan de seguro</i>   | Member ID:<br><i>Identificación de miembro</i> |
| Full Name of Primary Insured:<br><i>Nombre completo del asegurado primario</i>   | Date of Birth:<br><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<br><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*

Relation to Patient: \_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*