

Condado de San Diego  
Agencia de Servicios Humanos y de Salud  
Servicios de Salud Conductual

**CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_ Paciente M.R. \_\_\_\_\_

Asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Por este medio cedo/cedemos al condado de San Diego, o a las agencias contratadas por el condado de San Diego, cualquier beneficio de seguro médico cubierto pagadero. (Por favor consulte su póliza de seguro o contacte a su agente de seguros para que le ayude a completar los siguientes datos.)

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ CERTIFICADO/NÚMERO DE MEMBRESÍA \_\_\_\_\_

FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO DE INSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL SINDICATO LOCAL \_\_\_\_\_

***POR FAVOR FIRME EN LOS DOS LUGARES A CONTINUACIÓN***

***PARA SEGURO DE GRUPO***

Además de la información anterior que corresponda, las compañías de seguros deben contar con la siguiente información antes de que se efectúe un pago a una reclamación de seguro.

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador \_\_\_\_\_

Número de la póliza de grupo \_\_\_\_\_ Certificación/ Número de membresía \_\_\_\_\_

Entiendo y estoy de acuerdo en que Yo/Nosotros somos responsables ante el condado de San Diego o agencia contratada de todos los cargos que no sean pagados por este acuerdo o como se determina por el Método Uniforme de Determinación de Habilidad de Pago (UMDAP, por sus siglas en inglés: (*Uniform Method of Determining Ability to Pay*)).

Yo/Nosotros autorizamos que se divulgue información en relación a la atención recibida de los Servicios de Salud Mental del condado de San Diego o de la agencia contratada en el condado de San Diego, como lo solicitó la agencia de seguros.

Al firmar este formulario usted está dando su autorización para que todos los programas de salud conductual que el condado de San Diego proporciona, o sus contratistas, envíen a su compañía de seguros la factura por servicios prestados. Una copia de este formulario de autorización será enviada a cada programa del cual usted recibe servicios y que se encuentre dentro del Condado de San Diego.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del asegurado \_\_\_\_\_

County of San Diego  
Health and Human Services Agency  
Behavioral Health Services

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**

**Client:** \_\_\_\_\_

**MRN:** \_\_\_\_\_

**Program:** \_\_\_\_\_