



Hear 4 Kidz

**INSURANCE INFORMATION/VERIFICATION SHEET**  
**INFORMACION DEL SEGURO**

(please, remember to bring your insurance card/*recuerde la tarjeta del seguro*)

PATIENT NAME/*NOMBRE DEL*  
*PACIENTE:* \_\_\_\_\_

DATE OF  
APPOINTMENT/*FECHA DE LA*  
*CITA:* \_\_\_\_\_

NAME OF INSURANCE/*NOMBRE DEL SEGURO:*  
\_\_\_\_\_

SUBSCRIBERS NAME/*NOMBRE DEL ASEGURADO:* \_\_\_\_\_  
Date of Birth/*Fecha el cumpleano:* \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ GROUP #: \_\_\_\_\_

Social Security #: \_\_\_\_\_

CLAIMS ADDRESS/*DIRECCION DEL*  
*SEGURO:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AUTHORIZATION REQUIRED/  
*NECESITA UNA AUTORIZACION:* YES/*SI* \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

# AUTHORIZACION: \_\_\_\_\_ EXPIRATION: \_\_\_\_\_

OTHER INFORMATION/*OTRA INFORMACION:*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_