

112 Gulf Street  
Cibolo, TX 78108  
(210) 724-4100

1890 Medical Parkway  
San Marcos, TX 78666  
(512) 393-3500



1605 US-181  
Floresville, TX 78114  
(830) 383-9300

901 S Hwy 123 Bypass  
Seguin, TX 78155  
(830) 372-3725

### Insurance Information Form

New Patient Family       New Patient/Existing Family       Updated Insurance Info

#### Responsible Party/Parent

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Primary Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

E-mail Address \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_

#### Patient Name(s) & Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Name                                      Date of Birth                                      Name                                      Date of Birth                                      Name                                      Date of Birth

#### Insurance Information

##### Primary Coverage

##### Secondary Coverage

Insurance Carrier Name		
Employer		
Group ID		
Policy Holder Name		
Policy Holder Date of Birth		
Policy Holder SSN		

#### Financial Policies

- \_\_\_\_ I take responsibility to inform this office of any changes in my child's insurance status
- \_\_\_\_ I understand insurance estimates are only estimates, not a guarantee of coverage
- \_\_\_\_ I understand any balance that my insurance DOESN'T cover will be my responsibility to pay

Printed Name \_\_\_\_\_ Relationship to Patient(s) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

112 Gulf Street  
Cibolo, TX 78108  
(210) 724-4100

1890 Medical Parkway  
San Marcos, TX 78666  
(512) 393-3500



1605 US-181  
Floresville, TX 78114  
(830) 383-9300

901 S Hwy 123 Bypass  
Seguin, TX 78155  
(830) 372-3725

## Formulario de Información del Seguro

New Patient Family      New Patient/Existing Family       Updated Insurance Info

### Responsable Del Seguro:

Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Número De Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Primaria \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

### Nombres de los Niños:

\_\_\_\_\_  
Nombre                      Fecha De Nacimiento      Nombre                      Fecha De Nacimiento      Nombre                      Fecha De Nacimiento

### Información Del Seguro:

	Seguro Primero	Seguro Secundario
Nombre de la compañía de seguro		
Empleador		
# de Grupo		
Nombre del Portador de la Póliza		
Fecha De Nacimiento del portador de la póliza		
#SS del portador de la póliza		

### Políticas de Financiamiento:

\_\_\_\_\_ Asumo la responsabilidad de informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado del seguro  
\_\_\_\_\_ Entiendo que las estimaciones del seguro son solo estimaciones, no una garantía de cobertura  
\_\_\_\_\_ Entiendo que cualquier saldo que mi seguro NO cubra será mi responsabilidad de pagar

Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Relación con el paciente(s) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_