



GROUP HEALTH INSURANCE AFFIDAVIT/WAIVER

Grupo de seguro de salud declaración jurada / renuncia

1. I am a resident of the state of _____ (State)
Soy un residente del estado de
(Estado)

2. I was injured on _____
Me resultó herido en (Date of Accident)
(Fecha de accidentes del trabajo)

(Please check only ONE below)
(Por favor, marque sólo uno debajo de)

3. _____ At the time of injury **I DID** have health insurance coverage. I understand that if my health insurance policy requires a referral or authorization for treatment that I will obtain said referral or authorization from my primary care physician. If I do not secure authorization for treatment as described above I understand that I remain solely responsible for the balance of all treatment charges.
En el momento de la lesión que tenía cobertura de seguro de salud. Yo entiendo que si mi póliza de seguro de salud requiere una remisión o autorización para el tratamiento que voy a obtener dice remisión o autorización de mi médico de atención primaria. Si no estoy seguro autorización para el tratamiento como se ha descrito anteriormente Yo entiendo que siendo el único responsable por el equilibrio de trato de todos los cargos.

_____ At the time of injury **I DID NOT** have health insurance coverage of my own or through any household member for this treatment.
En el momento de la lesión yo no tenía cobertura de seguro de salud de mi propio oa través de cualquier miembro del hogar para este tratamiento.

_____	_____	_____
Patient's Signature	Print Name	Date
<i>(Parent/Guardian if patient is a minor)</i>	<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Fecha</i>
<i>Firma del paciente</i>		
<i>(Padre / madre / tutor si es un paciente menor de edad)</i>		

_____	_____	_____
Witness	Print Name	Date
<i>Testigo</i>	<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Fecha</i>

Making life better...one patient at a time