



Talk To Me Technologies, LLC  
 3508 Terrace Drive, Cedar Falls, IA 50613  
 phone: 1-877-392-2299 fax: 1-888-310-3112  
 TalkToMeTechnologies.com

**Divulgación de Información**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos y para procesar un reclamo por equipos y/o servicios relacionados con Talk to Me Technologies, LLC, la Administración de Financiación de la Atención Médica, mi compañía de seguros o cualquier otra entidad médica.  
 Para beneficiarios de Medicare: Certifico que NO ESTOY recibiendo atención de hospicio en el hogar o en un centro, enfermería especializada o atención en un hospital.

<b>Nombre del titular de la póliza:</b>		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Dirección del titular de la póliza:		Ciudad:	Distrito: Código Postal:
Empleador del titular de la póliza:		Teléfono del titular de la póliza:	
<b>Nombre del (cliente) beneficiario:</b>		Fecha de nacimiento del beneficiario:	
Dirección del beneficiario:		Ciudad:	Distrito: Código Postal:
<b>Residencia</b> (donde vive el cliente/ lugar actual de residencia)			
<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Centro (**SE REQUIERE NOMBRE DE CONTACTO Y DIRECCIÓN PARA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES**)			
<input type="checkbox"/> Hogar grupal	<input type="checkbox"/> Centro de asistencia continua	<input type="checkbox"/> Centro de atención de enfermería	<input type="checkbox"/> Centro de atención de enfermería especializada
<input type="checkbox"/> Centro para discapacitados por alteración del desarrollo/ ICF			
Nombre del centro primario:	NPI#:	Nombre de contacto:	Teléfono: Email:
Dirección:		Ciudad:	Distrito: Código Postal:

Enumere **los** diagnósticos médicos y del habla a continuación.

Diagnóstico médico:	Diagnóstico del habla:
---------------------	------------------------

Por favor, especifique a quién podemos comunicar esta información (Ejemplo: patólogo del lenguaje solicitante, padre o tutor que no sea el titular de la póliza).

Nombre	Teléfono	Email

Dispositivo/ Soporte/ Accesorio requerido:

--

Equipo anterior (nombre el equipo pagado por fondos de terceros en los últimos 5 años)

Dispositivo:	Fecha:	Pagador:	Vendedor:

**\*\*IMPORTANTE\*\*TALK TO ME TECHNOLOGIES NO FACTURA A SU SEGURO HASTA EL DÍA EN QUE SU DISPOSITIVO LE ES ENTREGADO A USTED. POR LO TANTO, CUALQUIER CAMBIO EN CUALQUIERA DE SUS SEGUROS DEBE SER COMUNICADO A NOSOTROS HASTA, E INCLUYENDO, LA FECHA DE ENTREGA. \*\*ADJUNTE EL FRENTE/REVERSO DE LAS TARJETAS DE SEGURO ACTUALES A ESTE FORMULARIO.\*\***

Nombre del tutor/apoderado:	
Firma del tutor/apoderado:	Fecha: