



**PERFIL DE ENTIDAD "TRADING PARTNER PROFILE"  
INTERESADA EN INTERCAMBIAR TRANSACCIONES ELECTRONICAS HIPAA**

**(ANSI X.12)**

**INFORMACION DEL PROVEEDOR**

Nombre del Proveedor			
Nombre de Socio Comercial (Nombre único que identifica la organización)			
Especialidad		Núm. Prov.	
Tax ID Number		NPI	

**PERSONA CONTACTO  
(INDIVIDUO RESPONSIBLE DE LA ESTRATEGIA, ASUNTOS, ETC.)**

Nombre			
Teléfono		Fax	
Dirección Postal		Pueblo	
		Zip Code	
Correo Electrónico			

**COORDINADOR EDI  
INDIVIDUO RESPONSIBLE DE LA IMPLEMENTACION, ESTRATEGIA, ASUNTOS, ETC.)**

Nombre			
Teléfono		Fax	
Dirección Postal		Pueblo	
		Zip Code	
Correo Electrónico			

**PARA USO EXCLUSIVO DE FIRST MEDICAL**

Username		Password	
----------	--	----------	--

P.O. Box 191580 San Juan, PR 00918-1580 Teléfono (787) 474-3999 Ext. 413 Fax (787) 625-8769

Este documento debe ser enviado por correo electrónico a [hipaa@intermedpr.com](mailto:hipaa@intermedpr.com)

[www.intermedpr.com](http://www.intermedpr.com)