



#### GARANTÍA DE PAGO

Comprendo plenamente que estoy directamente responsables de los pagos en esta oficina para todos los servicios médicos prestados a mí. También entiendo que todos los proyectos son pagaderos y adeudado en el momento se prestan servicios a menos que se acuerde lo contrario. Estoy de acuerdo en pagar todos los costes, incluidos los honorarios razonables del abogado y los costos en el caso que sea necesario presentar una demanda para efectuar el pago. ME autorice el pago debe realizarse directamente al médico.

#### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

AUTORIZO a los médicos en esta oficina para liberar toda la información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguros con el fin de procesar cualquier reclamación de seguro.

#### ASIGNACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO

Si el seguro se presentan reclamos por esta oficina en mi nombre, por medio de la presente autorizo pago directo de ninguno de los pagos de los beneficios a los médicos en esta oficina para tratamiento médico o quirúrgico recibido por mí. En estas circunstancias, yo entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por el seguro. ME permiten una copia de esta autorización que se utiliza en lugar de la original.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_