

Seguro SECUNDARIO

Persona Responsable por la Cuenta _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación _____ SSN# _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____
Ciudad Estado Código Postal

Compania de Seguros _____

No. Del Suscriptor _____ No. Del Grupo _____

Consentimiento para tratamiento, designación de pago y difusión de Información Médica
Lea por favor lo siguiente completamente y firme debajo de donde indica. Los servicios pueden ser negados si no firma.

Reconozco la necesidad para la asistencia médica y el consentimiento a servicios ordenados por el médico. Yo por el presente, doy mi autorización para la información médica necesaria a **Spanish Hills Medical Group** para someter el reclamo al seguro y/o el pago para los servicios. Autorizo el pago de beneficios a **Spanish Hills Medical Group** para los servicios escritos en esta forma. A pesar de mis beneficios de mi seguro, yo comprendo que soy financieramente responsable de los honorarios para los procedimientos y servicios ofrecidos y/o algún honorario relacionado.

He leído la declaración y comprendo mis responsabilidades financieras.

Firma del Responsable: _____ **Fecha:** _____

Firma de la Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____
(si no es el paciente)

Padre/ Guardián / *Representante Legal _____ **Relación** _____

Imprima Nombre del Responsable: _____ **Fecha:** _____

TENEMOS QUE TENER UNA COPIA DE SU PODER LEGAL