



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE CIRUGIAS EN EL CONSULTORIO**

Se le da previo aviso que si se requiere que se le haga una biopsia o cirugía mínima en el consultorio, hay probabilidad que no se le haga el mismo día de la consulta. Si se le hace una biopsia o cirugía mínima el mismo día, hay probabilidad que su seguro no cubra ciertos procedimientos hechos junto con su visita de doctor, o pueda que los cargos aplicados, no vayan a su deducible anual.

*Firmando este consentimiento, yo entiendo que Valley Ear, Nose and Throat facturarán mi seguro. Sin embargo, yo entiendo que si mi seguro médico no cubre todos los cobros, yo seré responsable de cargos contraídos a mi cuenta.*

X  
\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**AVISO:** Mandamos el espécimen a Pathology Associates of South Texas. Si su seguro **no cubre** esta facilidad, favor de avisarle a la enfermera **antes** de su procedimiento.

\*\*\*\*\*

**RECLAMOS DE ASEGUROS MEDICOS**

Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar este reclamo.

Autorizo pago de beneficios médicos al médico o suministrador para servicios descritos en la forma conectada con el reclamo.

X  
\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*\*\*\*

**RECONOCIMIENTO DE NUESTRO AVISO  
DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

He revisado el aviso de las Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica como mi información médica será utilizada y revelada.

X  
\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**