Valley Ear, Nose and
Throat Specialists, P.A.

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS

Nuestra oficina no verifica la cobertura de seguros médicos antes de cualquier diagnostico rutinario tal como prueba de audiología, limpieza de oídos y/o exámenes bajo un microscopio. Puede ser que su aseguro no cubra ciertos procedimientos hechos junto con su visita de doctor, o pueda que los cargos aplicados, no vayan a su deducible anual.

Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a pruebas o procedimientos ordenados por su especialista, favor de preguntarle a nuestro personal.

Firmando este consentimiento, yo entiendo que Valley Ear, Nose and Throat facturarán mi aseguro. 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

****

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