

11. A quien se notifica en caso de emergencia, (pariente más cercano)

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono de la Oficina _____

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a los susodichos doctor o doctores para suministrar toda la información a la compañía aseguradora del asegurado que dicha compañía, aseguradora pueda solicitar en relación con mi actual reclamo.

Transferencia de los beneficios del seguro

Por la presente transfiero al doctor todo el dinero al que tengo derecho por gastos en relación con los servicios prestados de vez en cuando, pero que no exceda nu deuda a dicho doctor. Se entiende que los dineros que se reciban de la susodicha compañía aseguradora por encima de nu deuda me serán reembolsados cuando mi cuenta este completamente, pagada. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cobros al susodicho doctor.

Firma del Responsable

Firma del Paciente

Fecha