

Autorización para proporcionar información médica y asignación de beneficios

Autorizo a la clinica Pediatric Cardiology Diagnostic Center de revelar y/o proporcionar información médica a las aseguradoras para procesar los pagos correspondientes. Entiendo que soy responsable por los cargos no pagados por la aseguranza. También autorizo que la información médica pueda ser proporcionada a él médico de cabecera y que tengan acceso en la farmacia al historial de medicinas.

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del padre/madre o guardián

Fecha

**** SOLO PARA ASEGURANZAS******

Nombre Del Suscriptor
Principal

Fecha De Nacimiento

Numero De Seguro
Social

Relacion al Paciente