

Autorización para proporcionar información médica y asignación de beneficios

Autorizo a la clínica 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 aseguradora. También autorizo que la información médica pueda ser proporcionada a el médico de cabecera y que tengan acceso en la farmacia al historial de medicinas.

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del parent/madre o guardián

Fecha

** SOLO PARA ASEGURANZAS***

Nombre Del Suscriptor Principal

Fecha De Nacimiento

Numero De Seguro Social

Relacion al Paciente