

SIGNATURE ON FILE
(ONE TIME AUTHORIZATION)

TO: _____
(DOCTOR/CLINIC NAME)

- ☐ I, _____ authorize the release of any
(PATIENT NAME)
medical or other information necessary to process my insurance claims.
- ☐ I authorize payment to be made direct to the above named doctor/clinic.
- ☐ I authorize the above named doctor/clinic to act as my agent in helping me obtain payment from my insurance companies.
- ☐ I request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment.
- ☐ I have signed the "ADVANCE NOTICE OF NON-COVERED MEDICARE SERVICES" and understand that I am personally responsible to the above named doctor/clinic for all non-covered services.
- ☐ I understand that I may revoke this authorization at any time in writing to the above named doctor/clinic.
- ☐ I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.

Signature of Patient _____ Date _____

Witness to Patient's Signature _____

FIRMA EN EL ARCHIVO
(AUTORIZACIÓN DE UNA VEZ)

PARA: _____
(NOMBRE DEL DOCTOR/CLÍNICA)

- ☐ Yo, _____ (NOMBRE DE PACIENTE) autorizo se otorgue cualquier información médica o cualquier otra información necesaria para procesar mis reclamos de seguro.
- ☐ Yo autorizo que se haga pago directo a el doctor/clínica arriba mencionado.
- ☐ Yo autorizo al doctor/clínica mencionado arriba que actue como mi agente al ayudarme a obtener pago de mis compañías de aseguranza.
- ☐ Pido pagos de beneficios gubernamentales ya sea a mi persona o al partido que acepte la asignación.
- ☐ Yo he firmado el "AVISO DE ADELANTO DE SERVICIOS DE CUIDADO MEDICO NO CUBIERTOS" y comprendo que soy personalmente responsable hacia el doctor/clínica arriba mencionados por los servicios no cubiertos.
- ☐ Yo comprendo que puedo revocar esta autorización a cualquier hora escribiendo al doctor/clínica arriba mencionados.
- ☐ Permito el que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Testigo a la firma del Paciente _____