



AUTORIZACIÓN DEL SEGURO

Nombre: Fecha de nacimiento:

No. de expediente médico: Fecha de la cita:

Por el presente autorizo a que mis beneficios del seguro sean pagados directamente al grupo indicado anteriormente, estando consciente de que soy responsable por el pago de servicios no autorizados y no cubiertos. De igual manera, autorizo la divulgación de la información necesaria para asegurar el pago de dichos beneficios. Y permito que se utilice una copia de este documento en lugar del original.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____