

WEST FLORIDA MEDICAL GROUP

Asignación de beneficios

Por medio de la presente le asigno al Consultorio Médico WEST FLORIDA MEDICAL GROUP cualquier seguro de salud o beneficios de otro tercer agente que estén disponibles para los servicios médicos que reciba. Comprendo que la Práctica Médica WEST FLORIDA MEDICAL GROUP tiene derecho a rehusar o aceptar la asignación de dichos servicios. Si estos beneficios no se le asignan al Consultorio Médico WEST FLORIDA MEDICAL GROUP, me comprometo a enviarle inmediatamente al Consultorio Médico WEST FLORIDA MEDICAL GROUP todos los pagos del seguro de salud u otra tercera entidad que yo reciba por los servicios que me hayan proporcionado.

Firma del Paciente/Acudiente Legal: _____

Fecha: _____