

WESTSIDE

PRIMARY CARE

at Sunrise

ASIGNACION DE BENEFICIO

Por medio de la presente le asigno al Consultorio Médico de Westside Primary Care cualquier seguro de salud o beneficios de otro tercer agente que estén disponibles para los servicios médicos que reciba. Comprendo que la Práctica Médica Westside Primary Care tiene derecho a rehusar o aceptar la asignación de dichos servicios. Si estos beneficios no se le asignan al Consultorio Médico Westside Primary Care, me comprometo a enviarle inmediatamente al Consultorio Westside Primary Care 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

Fecha