

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC

Por medio de la presente le asigno a Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC cualquier seguro de salud o beneficios de otro tercer agente que estén disponibles para los servicios médicos que reciba. Comprendo que Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC tiene derecho a rehusar o aceptar la asignación de dichos servicios. Si estos beneficios no se le asignan, a Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC me comprometo a enviarle inmediatamente a Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC 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
