



Hear **4** KiDz

PACIENTE

Nombre del Paciente (letra de molde)

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD PERSONAL

Autorizo que Hear 4 Kidz, Inc. revele cualquier informacion medica que tenga en su posesion a otros proveedores de cuidados medicos cuando esta accion es necesaria para el cuidado del paciente.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Autorizo que Hear 4 Kidz, Inc. revele cualquier informacion medica sobre el tratamiento del paciente a cualquier representante de la compania de seguro del paciente. Estoy de acuerdo en continuar esta autorizacion hasta que todas las cuentas por el tratamiento proporcionado al paciente hayan sido pagadas y hayan finalizado una examen de dichos expedients.

ACUERDO DE PAGO

Estoy de acuerdo en pagar por todos estos cargos o hacer que el seguro del paciente pague por estos cargos, dependiendo de la situacion, al momento de recibir el servicio o cuando yo reciba la cuenta.

Nombre

Relacion al paciente

Firma

Testigo (print full name)

Firma