



**3270 Joe Battle, Suite #360
El Paso, TX 79938**

**Phone: 915.351.9000
Fax: 915.351.9041**

1. **PERMISO PARA ADMINISTRAR LOS SERVICIOS MEDICOS:** Por medio del presente, concedo permiso a Dra Anh Lee para que me administren los servicios medicos y que me aconsejen. Autorizo el tramite de cualquier informacion medica necesaria para mi tratamiento medico.
2. **RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA DECLARACION DE PRIVACIDAD:** He sido presentado con una copia de la Declaracion De Privacidad por Dra Lee detallar como mi informacion de salud se puede usar y puede ser revelada como esta permitido bajo la ley federal y del estado, y resumir mis derechos con respecto a mi informacion de mi salud.
3. **RESPONSABLE PARA EL PAGO.:** Autorizo transmitir cualquier informacion medica necesaria para actuar en la peticion de reclamo presente. Autorizo el pago directo al medico que presto los servicios detallados en el formulario de reclamo adjunto.

****YO, SERE TOTALMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS,
NO PAGADOS POR MI SEGURO MEDICO****

4. **HISTORIAL DE RECETAS:** Estamos utilizando Escribe y estaremos revisando su historial de recetas. Yo autorizo a la Dra Anh Lee para obtener este historial.
5. **COMPLETAR FORMAS:** Se le cobrara una tarifa por llenar cualquier forma, que incluye, pero Sin limitarse. a: AFLAC, FMLA, Formas de Discapacidad. El cobro es usualmente \$25.00.

Yo reconozco que he leído y entiendo totalmente esta informacion y no tengo ninguna pregunta.

Nombre del Paciente o Persona responsable del menor

Firma del Paciente o Persona responsable del menor

Fecha

