

Asignación de beneficios

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