

## **Asignación de beneficios**

Por medio de la presente le asigno al Consultorio Médico **HCA, Occupational and Family Medicine of South Texas** 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, Occupational and Family Medicine of South Texas** tiene derecho a rehusar o aceptar la asignación de dichos servicios. Si estos beneficios no se le asignan al Consultorio Médico **HCA, Occupational and Family Medicine of South Texas**, me comprometo a enviarle inmediatamente al Consultorio Médico **HCA, Occupational and Family Medicine of South Texas** 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: \_\_\_\_\_