



**Para todos los pacientes:**

Por la presente autorizo a Florida Allergy and Asthma Associates (FAAA) a proporcionar a mi compañía de seguros o a cualquier representante de la misma, toda la información que pueda ser solicitada con respecto a mi condición física y tratamiento pasado o presente. Por la presente autorizo a FAAA a administrar la atención médica que se considere aconsejable en el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo a mi compañía de seguros o otras partes a pagar directamente a FAAA, mis gastos médicos pagaderos según los términos de mi contrato. Al realizar esta asignación también acepto que cualquier saldo no cubierto será pagado por mí y que las fotocopias de este formulario serán válidas. Si su cuenta tiene que ir a cobros, se le cobrará una tarifa del 30% de los cargos totales.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

**Para todos los pacientes de Medicare:**

**CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO.**

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración Social o sus Intermediarios o Proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico al médico u organización que proporciona los servicios o autorizo a dicho médico u organización a presentar un reclamo a Medicare para que me pague.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta



**For all Patients:**

I hereby authorize Florida Allergy and Asthma Associates (FAAA) to furnish my insurance company or any representative thereof with any and all information which may be requested regarding my past or present physical condition and treatment. I hereby authorize FAAA to administer such medical care as may be deemed advisable in the diagnosis and treatment. I further authorize my insurance company or other parties to pay directly to FAAA, my medical expenses payable under the terms of my contract. In making this assignment I also agree that any balance not covered will be paid by me and that photocopies of this form will be valid. Should your account have to go to collections, you will be charged a fee of 30% of total charges.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Person Authorized to consent for patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name  
of Patient or Person Authorized to consent for patient

**For all Medicare Patients:**

**PATIENT'S CERTIFICATION, AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND PAYMENT REQUEST.**

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Administration or its Intermediaries or Carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable for physician services to the physician or organization furnishing the services or authorize such physician or organization to submit a claim to Medicare for payment to me

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Person Authorized to consent for patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Patient or Person Authorized to consent for patient