

ENT SPECIALISTS OF ARIZONA

| | |
|--|--|
| SECONDARY INSURANCE AND ADDRESS: SEGURO SECUNDARIO Y DIRECCION: | SUBSCRIBER ON THIS ACCOUNT: SUSCRIPTOR POR ESTA CUENTA |
| SUBSCRIBER NAME: NOMBRE DE SUSCRIPTOR: | DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO: |
| RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER: <input type="checkbox"/> SELF <input type="checkbox"/> SPOUSE: <input type="checkbox"/> CHILD: <input type="checkbox"/> OTHER RELACION AL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> USTED MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> NINO <input type="checkbox"/> OTRO | |
| SUBSCRIBER ID NO: NÚMERO DE IDENTIFICACION DE SUSCRIPTOR: | GROUP NUMBER: NUMERO DEL GRUPO: |
| NAME ON ID CARD: NOMBRE EN LA TARJETA DE IDENTIDAD: | SUBSCRIBER EMPLOYER: NOMBRE DE EMPLEO DEL SUSCRIPTOR: |

PAYMENT AUTHORIZATION AND AGREEMENT:

I authorize release of any medical information and/or records necessary to process this claim. I understand that my medical insurance is a contract between me and the insurance carrier, and not between the insurance carrier and the doctor. I am ultimately responsible for medical fees incurred during my care of my dependents. In case of default of payment. I promise to pay any legal interest on the balance due, together with any collection agency costs and reasonable attorney fees incurred. I hereby authorize ENT Specialists of Arizona to apply for benefits on my behalf for covered services rendered by him/her or his/her order. I also assign all benefits directly to the doctor. I certify that the information that I have reported above is correct and true. I permit a copy of this authorization to be used in the place of the original. My signature below also authorizes my consent to treat my minor child.

AUTORIZACIÓN DE PAGO Y ACUERDO:

Autorizo la liberación de cualquier información médica y/o registra necesario de tratar esta reclamación. Entiendo que mi seguro médico es un contrato entre mí y el portador de seguros, y no entre el portador de seguros y el doctor. Yo de la mañana por último responsable de honorarios médicos incurridos durante mi tratamiento o el tratamiento de mis dependientes. En caso de la falta prometo pagar cualquier interés legal en el equilibrio debido, juntos con cualquier costo de agencia de colección y cargas de abogado. Yo por la presente autorizo ENT Specialists of Arizona para solicitar beneficios en mi beneficio para gastos y servicios rendidos por él/ella o por su orden. Yo también asigno todos beneficios directamente al médico. Certifico que la información que he dado es correcto y verdadero. Permito que una copia de esta autorización sea utilizada en el lugar de la original. Mi firma debajo también autoriza mi consentimiento a tratar a mi niño/s menores.

DATE _____ SIGNATURE _____
 FECHA _____ FIRMA _____

| | | |
|-------------|---------------------------|------------|
| OFFICE ONLY | FRONT DESK INITIALS _____ | DATE _____ |
|-------------|---------------------------|------------|