

Daniel Shalev, D.D.S.
Jason Morris, D.D.S., M.M.Sc.
2510 Wigwam Pkwy #200
Henderson, NV 89074

Seguro primario:

Nombre de la compañía de seguros _____

Nombre primario de los asegurados _____

Fecha de nacimiento de los asegurados _____

del número de Seguridad Social _____

Relación de asegurados al paciente _____

del patrón _____

Seguro secundario:

Nombre de la compañía de seguros _____

Nombre primario de los asegurados _____

Fecha de nacimiento de los asegurados _____

del número de Seguridad Social _____

Relación de asegurados al paciente _____

del patrón _____

Autorizo por este medio a mi abastecedor del cuidado médico a poner mi nombre a todos los documentos de la sumisión del seguro, y/o a la información pedida por mis compañías de seguros referente a cualesquiera y a todas las subsidios por enfermedad debido a mis dependientes y a mismo.

También autorizo el pago del healthcare beneficio de otra manera pagadero a mí, directamente a mi dentista según lo enumerado arriba. **Acuerdo ser sostenido responsable de todas las cargas y servicios no pagados por mi compañía de seguros.**

Fecha de hoy

Firma del paciente o de asegurados

La firma en el archivo (SOF) es válida a partir de esta fecha y expira en un año. Una fotocopia de esta autorización puede actuar como original.