



1513 S. Grand Avenue Suite 200  
Los Angeles, CA 90015  
Tel: 213-234-1000  
Fax 213-234-1001

**Steven C. Dresner, MD**  
**Michael A. Burnstine, MD**  
**Melanie H. Erb, MD**  
**David B. Samimi, MD**  
**Priya D. Sahu, MD**

*Especialista en : Plástica Oftálmica y Cirugía Reconstructiva  
Cirugía Estética y Cirugía Orbital y Lagrimal*

## **INFORMACION IMPORTANTE PREVIA A SU CONSULTA**

### **FAVOR DE TRAER A SU CITA LO SIGUIENTE:**

- Identificación con fotografía.
- Tarjetas de A seguridad correspondiente.
- Método de pago (Efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express son aceptados)
- Para pacientes con HMO, favor traer una copia de su autorización.
- Los medicamentos que estas tomando.

**POR FAVOR NO ENVIE SUS FORMAS POR CORREO.  
TRAIGANLAS CONSIGO COMPLETAMENTE LLENAS Y  
FIRMADAS PARA SU CITA PROGRAMADA, ESTO ES  
IMPORTANTE PARA QUE EL TIEMPO DE ESPERA NO SE  
PROLONGUE MAS DE LO NECESARIO.**

**\*Hay un amplio aparcamiento. Por desgracia, no podemos validar estacionamiento. Para  
nuestras localidades de Valencia y Torrance el aparcamiento es gratuito.**

**DOWNTOWN L.A.** 1513 S. Grand Avenue Suite 200 \* Los Angeles, CA 90015 \* Tel: 213-234-1000 \* Fax: 213-234-1001  
**ENCINO** 5363 Balboa Blvd Suite 246\*Encino, CA 91316\* Tel: 213-234-1000 \* Fax: 213-234-1001  
**PALM DESERT** 73271 Fred Waring Drive \*Palm Desert, CA 92260\* Tel: 213-234-1000 \* Fax: 213-234-1001  
**PASADENA** 625 S. Fair Oaks Ave Suite 265 \* Pasadena, CA 91105 \* Tel: 626-564-0004 \* Fax: 626-564-4261  
**SANTA MONICA** 2121 Wilshire Blvd Suite 301 \* Santa Monica, CA 90403 \* Tel: 310-453-1763 \* Fax: 310-453-9176  
**TORRANCE** 3400 Lomita Blvd Suite 401 Torrance, CA 90505 \* Tel: 310-530-9482 \* Fax: 310-453-9772  
**VALENCIA** 27879 Smyth Drive \* Valencia, CA 91355 \* Tel: 213-234-1000 \* Fax: 213-234-1001





## **UN MENSAJE A NUESTROS PACIENTES SOBRE ARBITRAJE**

A la llegada de su cita recibirá al acuerdo de arbitraje entre médico y paciente. Con la firma de este acuerdo estamos de acuerdo en que cualquier controversia que se derive de los servicios médicos que usted recibe es que se resuelvan en un arbitraje obligatorio en lugar de una demanda en la corte. Demandas son algo que nadie anticipa y todo el mundo espera evitar. Creemos que el método de solución de controversias mediante arbitraje es uno de los más hermosos sistemas tanto para los pacientes y los médicos. Los acuerdos de arbitraje entre los proveedores de atención de la salud y sus pacientes han sido reconocidos y aprobados por los tribunales de California.

Al firmar este acuerdo va a cambiar el lugar en que su reclamo será presentado. Usted todavía puede llamar a testigos y presentar pruebas. Cada parte selecciona a un árbitro (árbitros del partido), que a continuación, seleccione un tercer árbitro neutral. Estos tres árbitros escucharán el caso. Este acuerdo general, ayuda a limitar los costos legales, tanto para los pacientes y los médicos. Además, ambas partes se evitan algunos de los rigores de la prueba y la publicidad que puede acompañar a los procesos judiciales.

Nuestro objetivo, por supuesto, es proporcionar atención médico de manera tal de evitar cualquier controversia. Sabemos que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación. Por lo tanto, si usted tiene alguna pregunta acerca de su cuidado, por favor, nos pregunta.

**\* Acuerdo de arbitraje entre médico y paciente será recibido el día de su cita**



## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMININO \_\_\_\_\_

CASADO/A: \_\_\_\_\_ SOLTERO/A: \_\_\_\_\_ DIVORCIADO/A: \_\_\_\_\_ VIUDO/A: \_\_\_\_\_ SIGNIFICATIVO OTRO/A \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ CUIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TEL. DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TEL. DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL CELLULAR ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ OCCUPACION: \_\_\_\_\_

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL PADRE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

-----  
¿A QUIEN PODRAMOS LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA O SI NECESITAMOS CAMBIAR UNA CITA Y NO SE ENCUENTRA UD?

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ NUMERO DE TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO MÉDICO:

#### **PRIMARIA:**

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SUScriptor: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL GRUPO: \_\_\_\_\_

#### **SECUNDARIA:**

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SUScriptor: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL GRUPO: \_\_\_\_\_

**YO SERE RESPONSABLE DE PAGAR EN EFECTIVO, CREDITO O CHEQUE POR EL SALDO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy



## **REFIRIENDOSE FORMULARIO MÉDICO**

**Es importante que la siguiente información sea llenada por completo. Por favor nos proporcione tanta información como sea posible.**

### **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / INTERNISTA:**

Nombre De Doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **MÉDICO DE REFERENCIA:**

Nombre De Doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**REVISION DE LOS SISTEMAS**

**Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su estado médico e historial:**

- ¿Ha tenido Ud. alguna vez una enfermedad de los ojos (por ejemplo glaucoma, catarata, ojo perezoso, desprendimiento de la retina)?  No  Si Si así es, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido Ud. cirugía de los ojos alguna vez?  
 No  Si Si así es, por favor explique: \_\_\_\_\_ ¿Cual ojo? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de cirugía? \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido Ud. tratado alguna vez por cualquier condición médica (por ejemplo, diabetes, alta presión arterial, artritis, etc.)?  
 No  Si Si así es, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido Ud. alguna vez cualquier tipo de cirugía?  
 No  Si Si así es, por favor explique: \_\_\_\_\_ ¿ Fecha de cirugía? \_\_\_\_\_

**Tiene en este momento o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas: No Si así es, por favor explique:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| Fiebre crónica, pérdida/ganancia de peso inesperado, fatiga  | No  | Si _____  |
| Problemas de oído/nariz/garganta (por ejemplo pérdida auditiva, garganta adolorida)  | No  | Si _____  |
| Problemas del corazón  | No  | Si _____  |
| Problemas respiratorios  | No  | Si _____  |
| Problemas gastrointestinales   | No  | Si _____  |
| Problemas urinarios (por ejemplo dolor o incomodidad, sangre en la orina)  | No  | Si _____  |
| Problemas de la piel (por ejemplo resequedad)  | No  | Si _____  |
| Problemas músculo esqueléticos (por ejemplo Dolores en los músculos)   | No  | Si _____  |
| Problemas neurológicos (por ejemplo adormecimiento, Dolores de cabeza, parálisis)  | No  | Si _____  |
| Problemas psiquiátricos (por ejemplo depresión, ansiedad)  | No  | Si _____  |
| Su familia tiene enfermedades de los ojos o problemas medicas (por ejemplo diabetes, presión arterial alta, cáncer, glaucoma, cataratas, desprendimiento de la retina) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Si así es, por favor explique y que miembro de la familia _____ |
| ¿Sobre Tuberculosis?   | No  | Si _____  |
| ¿Algún Síntoma?  | No  | Si _____  |

- ¿Usted fuma?  No  Si ¿ Si fuma cuánto fuma? \_\_\_\_\_ ¿ Cuántos años ? \_\_\_\_\_  
 fumador en este momento todos los días  ex fumador  
 fumador ocasional  nunca fumó
- ¿Bebe alcohol?  No  Si ¿ Si bebe alcohol cuánto bebe? \_\_\_\_\_
- Toma café o tea?  No  Si ¿ Si bebe café o tea cuánto bebe? \_\_\_\_\_
- Consume ud droga ilegal?  No  Si Si es así por favor explique: \_\_\_\_\_

**Altura actual** \_\_\_\_\_

**Peso actual** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**



## Proyección Paciente Detección de Enfermedades Transmisibles de Aerosol

**Conforme al Título de OSHA California 8, el Artículo 5199, las instalaciones de la asistencia médica deben pre proteger a pacientes del aerosol enfermedades transmisibles.**

**¿Tiene Usted?**

¿Antecedentes de la Tuberculosis?      **Si**   **No**      Si ha marcado sí explique \_\_\_\_\_

**¿Síntomas de la tuberculosis?**

¿Tos productiva (3 semanas más)?:      **Si**   **No**      Si ha marcado sí explique \_\_\_\_\_

¿Escupitajo sangriento?      **Si**   **No**      Si ha marcado sí explique \_\_\_\_\_

¿Sudores nocturnos?      **Si**   **No**

¿Cansancio?      **Si**   **No**

¿Malestar?      **Si**   **No**

¿Fiebre, calentura?      **Si**   **No**

¿Pérdida de peso inexplicable?      **Si**   **No**

**Gripe y otro aerosol enfermedad transmisible, incluso os ferina, sarampión, paperas, rubéola, varicela, meningitis:**

¿Cuánto tiempo? Explique:

¿Fiebre, calentura?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Dolores del cuerpo?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Rinorrea (secreción nasal mocos)?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Dolor de garganta?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Dolor de cabeza?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Náusea?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Vómitos o diarrea?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Fiebre y síntomas respiratorios?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Espasmos de toses severos?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Dolor, inflamación de las glándulas?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Sarpullido o ampollas?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

¿Rigidez en el cuello (cuello tieso), cambios mentales?      **Si**   **No**      \_\_\_\_\_

**Enfermedades Respiratorias Crónica (NO ATDs, y no considerados infecciosos) no descalifican a un paciente del tratamiento bajo OSHA California 8, el Artículo 5199.**

**¿Tiene Usted?**

¿Asma?      **Si**   **No**      ¿Síndrome de la tos de la vía aérea superior crónico 'goteo postnasal?      **Si**   **No**

¿Alergia?      **Si**   **No**      ¿Enfermedad del reflujo gastroesofágico? (GERD)?      **Si**   **No**

¿Enfisema?      **Si**   **No**      ¿Enfermedad pulmonar obstructiva crónica? (COPD)      **Si**   **No**

¿Bronquitis?      **Si**   **No**      ¿Tos seca de inhibidores de la ACE?      **Si**   **No**





## **Aviso De Prácticas De Privacidad**

Este aviso describe cómo su información puede ser usada y divulgada y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor, revise con cuidado. En Eyesthetica, siempre hemos mantenido la información de salud del paciente segura y confidencial. Una nueva ley nos obliga a seguir manteniendo la privacidad de los pacientes, para darle este aviso y para cumplir con los términos del presente anuncio. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un médico especialista que puede estar involucrado en su cuidado. Podemos usar o divulgar su información médica para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un informe de su progreso a su compañía de seguros. Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica normal.

Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos enviar un boletín u otras informaciones. También es posible que desee llamar y recordarle sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono. En una emergencia médica, podemos divulgar su información médica a un familiar u otra persona responsable de su cuidado. Podemos revelar parte o la totalidad de su información médica cuando lo requiere la ley.

Si esta práctica se vende, la información pasará a ser propiedad del nuevo médico o el titular. Excepto como se describió anteriormente, esta práctica no va a usar o divulgar su información médica sin su autorización previa y por escrito. Se podrá solicitar por escrito que no utilicemos o divulgar su información de salud como se describe anteriormente. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su solicitud. Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelar que hacemos con su información de salud más allá de los usos normales. Como vamos a necesitar para comunicarnos con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o número de teléfono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Le mandaremos por fax o mail tus archivos para usted. Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Danos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de su expediente, le podemos cobrar una cuota razonable para las copias.

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o cambio a su información médica. Denos su petición de hacer cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su archivo, por favor, nos la entregará por escrito. Podemos o no puede hacer los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añade información nueva.

Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos cualquiera de los detalles de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito. Si es necesario, usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja. Sin embargo, antes de presentar una queja o para obtener más información o ayuda con respecto a su privacidad de la información de salud, por favor comuníquese con nuestra oficina al (213) 234-1000.

Como es requerido por la nueva ley, este aviso entra en vigor el 14 de Abril de 2003.

**Reconocimiento:** He recibido una copia de **Eyesthetica** aviso de prácticas de privacidad.

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Si está firmando como padre o tutor, por favor anote el nombre del paciente: \_\_\_\_\_





En un esfuerzo por mejorar la calidad, seguridad, eficiencia y para comunicar información a lo dispuesto Por el gobierno federal, por favor indíquenos los siguientes datos:

**RAZA:**

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Afro-americanos
- Hispano
- India
- Multirracial
- Islas del Pacífico
- Otra Raza
- No sabe / deseo no responder
- Blanco

**IDIOMA PREFERIDO:**

- Árabe
- Chino
- Inglés
- Persa
- Francés
- Corea
- Ruso
- Español
- Tagalo
- Tailandia
- Vietnamita
- Otros \_\_\_\_\_

**ETNIA:**

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- No sabe / deseo no responder

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente / Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**



## FIRMA en el ARCHIVO

### INICIAL:

\_\_\_\_\_ El dinero que deben pagarse a Steven C. Dresner, MD, Michael A. Burnstine, MD, Melanie Ho Erb, MD, David B. Samimi, MD y Priya D. Sahu, MD será pagado directamente a ellos. Autorizo a las prestaciones médicas por pagar a mí para ser pagados directamente a Steven C. Dresner, MD, Michael A. Burnstine, MD, Melanie Ho Erb, MD, David B. Samimi, MD., Priya D. Sahu, MD

\_\_\_\_\_ Yo autorizo la liberación de cualquier información médica a mi compañía de seguros según lo solicitado por ellos. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

\_\_\_\_\_ Por la presente autorizo a los Doctores Steven C. Dresner, Michael A. Burnstine, Melanie Ho Erb, David B. Samimi, MD, Priya D. Sahu, MD para fotografiar o ilustrar mi condición clínica que se consideren convenientes para diagnóstico, educación, o con fines de investigación. Asimismo, autorizo el uso de dicho material con fines didácticos o para ilustrar artículos científicos, libros, conferencias o en cualquier momento en adelante, sin control o la aprobación, por mi parte, del producto acabado para su aplicación específica a la que este material puede ser aplicado. Se entiende que de ninguna manera voy a ser identificado por su nombre.

\_\_\_\_\_ De laboratorio y otros exámenes que se realizan fuera de esta oficina: Usted es responsable de garantizar que estos se hacen a un proveedor que se contrata con su seguro. Consultar con el Departamento de Servicios a los Miembros de su seguro de asistencia.

\_\_\_\_\_ Iniciales aquí, doy permiso para Eyesthetica y sus empleados, agentes, socios y anunciantes, para utilizar mi imagen y semejanza, incluyendo pero no limitado a, antes y después de las fotografías, historias clínicas, videos y declaraciones testimoniales para su uso sin restricciones en forma impresa y electrónica medios. El paciente o tutor del paciente puede solicitar la eliminación de fotografías o material electrónico en cualquier momento por escrito. Libero Eyesthetica de todas las reclamaciones y responsabilidades derivadas de la utilización de Eyesthetica de mi imagen y semejanza

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente / Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

### **PARA LOS PACIENTES DE MEDICARE SÓLAMENTE:**

\_\_\_\_\_ Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social y la Health Care Financing Administration o intermediarios o proveedores toda la información necesaria para este o un reclamo relacionado con Medicare. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original de pago, y solicitar las prestaciones del seguro médico, ya sea para mí y para la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que puede ser responsable por el pago de mi tratamiento (Sección 1128B de la Ley de Seguridad Social y 31 USC 3801-3812 prevé sanciones por retener esta información.) Reglamentos relativos a la asignación de Medicare de los beneficios también se aplican.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente / Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**



## **Explicación de la Práctica Política: Políticas Financieras** **Derechos y Responsabilidades del Paciente**

### **LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A:**

- Ser tratado con profesionalidad y respeto.
- Confidencialidad en cuanto a su historial médico y cualquier otra información personal.\*
- Recibir explicaciones sobre los procedimientos de prueba o de la oficina, o respuestas a cualquier pregunta que pueda tener.
- Revisar su historia clínica con su proveedor de atención de salud y participar en las decisiones sobre su salud.
- El consentimiento para rechazar cualquier cuidado o tratamiento médico.

### **TODOS LOS PAGOS SE ESPERA EN EL TIEMPO DE SEVICIO:**

- El pago se requiere en el momento de los servicios se prestan menos que otros arreglos se han hecho con antelación. Esto incluye el coseguro, los copagos y deducibles para las empresas participantes de seguros.

**EYESTHETICA** acepta dinero en efectivo, cheques personales (sólo en el estado), American Express, Discover, MasterCard o Visa. Hay un cargo por servicio por cada cheque devuelto. Los pacientes con un saldo pendiente de 90 días o más atrasados deben hacer los arreglos para el pago antes de programar citas. Nos damos cuenta de que la dificultad financiera es una realidad.

### **SEGUROS:**

- Se cuenta que participan compañías de seguros como una cortesía a usted. Los pacientes tienen que pagar el coseguro, los copagos y deducibles en el momento del servicio. El paciente es responsable de asegurarse de que todos los cargos son pagados por si o por su compañía de seguros. Si necesita ayuda o tiene preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Facturación @ 213-234-1000 opción # 5, 7 a.m.-4:30 pm, de Lunes a Viernes.

### **ATENCION MEDICA ADMINISTRADA:**

- Si usted está inscrito en un plan de seguro de cuidado administrado (es decir, HMO), que deben ser contratados con su grupo médico y han recibido una autorización. Autorizaciones retroactivas no están garantizadas.

### **CITAS PERDIDAS/ CANCELACIONES FUERA DE PLAZO:**

- Citas rotas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido visto en el tiempo asignado para usted. Las cancelaciones se solicitan 24 horas antes de la cita. Nos reservamos el derecho de cobrar por citas perdidas o tarde canceló. El abuso excesivo de las citas programadas puede dar lugar a la descarga de la práctica.
- He leído y entendido la EYESTHETICA Política Financiera. Estoy de acuerdo para asignar los beneficios del seguro para la práctica EYESTHETICA siempre que sea necesario. También estoy de acuerdo que si se hace necesario que transmita mi cuenta a una agencia de cobros, además de la cantidad adeudada, que también será responsable de la comisión cobrada por la agencia de cobro de los gastos de las colecciones.

### **DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:**

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y darse cuenta de que todos los gastos médicos incurridos por mí o por mi cargo por servicios prestados por Steven C. Dresner, MD, Michael A. Burnstine, MD, Melanie Ho Erb, MD, David B. Samimi, MD, Priya D. Sahu, MD es mi responsabilidad financiera. Por la presente autorizo asignación y el pago directamente a la prestación médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\* A petición, podemos ofrecerle a usted nuestro aviso de las prácticas de privacidad. Una copia está en la sala de espera.