

Robert J Herman, D.D.S, M.S.
6565 South Yale Avenue, Suite 510
Tulsa, OK 74136-8337

Nombre del paciente: _____

Doy mi consentimiento a Robert J. Herman, DDS, MS para que le de informacion personal de la cuenta mia o de mi hijo, y tambien permiso de traer a las citas a las siguientes personas-

Nombre y relacion al paciente:

1). _____

2). _____

3). _____

Firma del paciente o guardian

Fecha

Autorización Para Someter Su Cuenta A Su Aseguranza

Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los cargos por servicios y materiales de ortodoncia no pagado por mi plan de beneficios dentales, al menos que este prohibido por ley o que el ortodoncista que lo esta atendiendo tenga un acuerdo en contrato con mi plan prohibiendo todo o una porcion de tales cargos. Yo doy mi consentimiento para que usen mi informacion medica protegida para llevar acabo las actividades de pago en coneccion con mi reclamo.

Firma de paciente/padre o guardian

Fecha

Yo autorizo los pagos de beneficios dentales que son para mi tratamiento y los dirijo directamente a Robert J. Herman, DDS, MS

Firma del paciente/padre o guardian

Fecha