

# Autorización de Pago/Convenio Financiero

*Este formulario es una liberación de la información, la asignación de beneficios, autorización de pago, la revelación completa, y el acuerdo para pagar los servicios profesionales.*

Yo \_\_\_\_\_, autorizo a Hedberg Allergy and Asthma Center, PA, a liberar toda información adquirida durante el curso de mi examinación o tratamiento a mi compañía de aseguradora y a Northwest Arkansas Billing Company, LLC, con propósito de procesar mi reclamo o factura médica/aseguradora. Estoy de Acuerdo en permitir que una fotocopia de mi firma sea utilizada para procesar mis reclamaciones médicas a mi aseguradora por el periodo de vida útil. Yo reclamo cualquier beneficio del seguro debido a mi por los servicios prestados por Hedberg Allergy and Asthma Center, PA, y autorizo y asigno el pago directamente a Hedberg Allergy and Asthma Center, PA, independientemente de mis beneficios de aseguradora.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier y todos los honorarios incurridos, y estoy de acuerdo en pagar estas tasas en su totalidad. Yo entiendo que la falta de pago de dichas tasas se traducirá en una acción legal en la **Corte De Demandas Pequeñas, la ciudad de Rogers**. Además de la deuda, tengo entendido que también voy a incurrir en los gastos judiciales y otros honorarios de abogados.

Es la póliza de esta práctica que un padre divorciado que incurre cuidado para su hijo/a menor de edad se convierte en el responsable. Por lo tanto, Hedberg Allergy and Asthma Center, PA, y Northwest Arkansas Billing Company, LLC no negociara cuestiones de facturas a padres divorciados o separados, independientemente de su acuerdo de custodia. El padre que trae al niño/a a la visita inicial es responsable por el pago en el momento de servicio.

Yo he divulgado plena y toda la información relativa a las aseguradoras y terceros, beneficios a las que tengo derecho. Entiendo que el hecho de no revelar pre-certificación/ requerimiento para una segunda opinión, necesaria para cualquier y todos los planes a los que me suscribo me puede causar o incurrir en plena responsabilidad por los gastos profesionales como consecuencia de la falta de pago de cualquier compañía de aseguradora.

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

Paciente/Guardian

Signature: \_\_\_\_\_

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

HEDBERG ALLERGY & ASTHMA CENTER, PA  
700 South 52<sup>nd</sup> Street  
Rogers, AR 72758-8214  
479.464.8887

SPRINGDALE ALLERGY & ASHTMA CENTER  
406 West Emma Avenue  
Springdale, AR 72764-4116  
479.751.3461

HEDBERG ALLERGY & ASTHMA CENTER, PA  
5417 Pinnacle Point Drive, Suite 401  
Rogers, AR 72758-8214  
479.464.8887

SPRINGDALE ALLERGY & ASHTMA CENTER  
406 West Emma Avenue  
Springdale, AR 72764-4116  
479.751.3461

[www.hedbergallergy.com](http://www.hedbergallergy.com)