



5555 West Loop South, Ste 150  
Bellaire, TX 77401  
(713) 666-4224 - Fax: (713) 666-4201

Willowbrook Methodist Hospital  
18550 Tomball Parkway  
Houston, TX 77070  
(281) 469-3888 - Fax: (281) 469-4442

NOMBRE DE EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

SS#/ID#: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicito a mi compañía de seguro medico; \_\_\_\_\_, que se sirva pagar con cheque a nombre de "Warren Cross & Associates" y de enviarlo por correo a la siguiente dirección. En caso tal que mi póliza no permita pago directo a un doctor, les solicito que hagan el cheque a mi nombre y lo envíen a la siguiente dirección:

Warren Cross & Associates  
5555 West Loop South, Ste 150  
Bellaire, TX 77401

Por los beneficios profesionales o cargos médicos incurridos, o de otra manera pagables a mí bajo mi actual póliza del seguro de salud como pago del total de los servicios médicos profesionales suministrados. Bajo esta póliza asigno de manera directa mis derechos y beneficios. Este pago no debe exceder la cobertura asignada por la compañía arriba mencionada, y acepto pagar el balance, si lo hay, de dichos servicios profesionales cobrados a mí o a mi compañía de seguro de salud. La fotocopia de este Acuerdo será considerada tan válida como el original. También autorizo que se proporcione cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro médico, ajustador, o abogado que esté involucrado en este caso. Autorizo al proveedor del servicio para que inicie a mi nombre un reclamo al Comisionado del Seguro de Salud si se requiere.

**Yo entiendo que en caso de que mi seguro medico niegue pagos por los servicio proporcionado, yo seré responsable por los cargos a mi cuenta.**

\_\_\_\_\_  
Firma de el Asegurado

\_\_\_\_\_  
Testigo

### **Acuerdo de Responsabilidad al Paciente**

Yo entiendo que los médicos en Warren Cross & Associates están aceptándome como paciente de pago privado por la duración de el cuidado de mis ojos y que yo seré responsable por cualquier servicio que yo reciba. Si estoy registrado con seguro médico, el médico no cobrara al seguro médico por los servicios proporcionados a mí. Tampoco daré la responsabilidad por mis servicios al seguro médico.

Firma de el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_