



AUTORIZACIÓN PARA PACIENTES MENORES **MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD**

Yo autorizo el tratamiento de mi hijo menor de edad, _____, por centro de sueño de avanzada y a los médicos que practican allí. Entiendo que como los padres/tutores que presenta este menor para el tratamiento, yo personalmente soy financieramente responsable del pago de la cuenta, independientemente de cualquier divorcio o disposiciones legales o liquidación.

Yo autorizo a Advanced Sleep Center, los médicos que practican en el centro del sueño de avanzada y su personal para actuar como mi representante en ayudarme a obtener el pago de este menor de las compañías de seguros.

Yo autorizo el uso de esta forma en todos los envíos seguros.

Yo autorizo información sobre todos los servicios prestados.

Entiendo que es mi responsabilidad para obtener una referencia de este menor de médico de atención primaria (si es requerido por la compañía de seguros) y si el pago no se realiza debido a mi no tener la remisión; Personalmente soy financieramente responsable del pago de la cuenta. Entiendo que, en caso de impago y esta cuenta se da la vuelta a las colecciones, estoy de acuerdo en pagar el costo de entregar mi cuenta a la Agencia de colección igual al saldo más de un 40% adicional de equilibrio, además de los costos judiciales.

Yo autorizo a una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original.

Padre / tutor firma

padre/tutor impreso nombre

fecha