





Ramon F. Ledon, M.D.  
Patrick G. Tempera, M.D.  
Rajesh Dhirmalani, D.O.

Kunal Grover, M.D.  
Ellen C. Ebert, M.D.  
Michael J. Viksjo, M.D.

Guida St. George, M.S., PA-C

|  |   |   |
|--|---|---|
| Nombre:                                | Relación:   | Numero de Teléfono:                                     |
| <b>¿Se le puede llamar al trabajo?</b> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <b>¿Se le puede dejar un mensaje?</b>                   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Si alguna información sobre su seguro es inadecuada o es omitida causando la reducción o el rechazo de pago de su seguro, la obligación de este pago sera transferida al paciente. Yo autorizo divulgar cualquier informacción medica para poder procesar los cobros del seguro. Yo autorizo que los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho sean assignados directamente a Advanced Gastroenterology Group. Esta autorización permanecerá en efecto hasta personalmente ser revocada por escrito. La copia de este documento es considerada con igual validez que el documento original.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_