

### Asignación de beneficios

Por medio de la presente le asigno al Consultorio Médico **Company Care Occupational Clinic** cualquier seguro de salud o beneficios de otro tercer agente que estén disponibles para los servicios médicos que reciba. Comprendo que la Práctica Médica **Company Care Occupational Clinic** tiene derecho a rehusar o aceptar la asignación de dichos servicios. Si estos beneficios no se le asignan al Consultorio Médico **Company Care Occupational Clinic**, me comprometo a enviarle inmediatamente al Consultorio Médico **Company Care Occupational Clinic** todos los pagos del seguro de salud u otra tercera entidad que yo reciba por los servicios que me hayan proporcionado.

Firma del Paciente/Acudiente Legal: \_\_\_\_\_

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