



Lora Williams, MS, RD, LD
Dietitian
721 N. Locust St.
Denton, TX 76201
(940) 380.8780

MEDICARE, MEDICAID, y OTROS SEGUROS
Autorización de divulgación de registros médicos

Autorizo la divulgación médica o cualquier otra información necesaria para procesar un reclamo a los planes de salud MEDICARE, MEDICAID, TRICARE CHAMPUS, CHAMP VA, GROUP, u otros seguros. TAMBIÉN SOLICITO los beneficios de pago del gobierno ya sea a mí mismo o a la parte que acepte las asignaciones de abajo. (Línea 12 de CMS forma 1500).

Firma _____

Fecha _____

Nombre impreso _____

Autorizo el pago de beneficios médicos a *Lora Williams, MS, RD, LD* por los servicios prestados. Por la presente otorgo permiso a *Lora Williams, MS, RD, LD* para divulgar registros médicos si son requeridos por CMS para recibir pago por los servicios prestados.

Certifico que la información otorgada por mí al solicitar el pago bajo el título XVII y XIX es correcta, y solicito que el pago se haga directo a *Lora Williams, MS, RD, LD* por cualquier factura no pagada por los servicios que se me han prestado.

Esta forma constituye mi "firma en archivo" en la línea 12 y línea 13 de CMS forma 1500

Firma _____

Fecha _____

Nombre impreso _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____