



## Del Valle Pediatrics

Emilio Del Valle, M.D., F.A.A.P., P.A.  
The Diamond Centre Court  
6150 Diamond Centre Ct., Bldg. #1200  
Fort Myers, FL 33912  
(239) 277-7666 - Fax (239) 277-1064  
www.DelVallePediatrics.net

### AUTORIZACIÓN PARA DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS

Yo autorizo al Dr. Emilio Del Valle y sus empleados a ejecutar cualquier procedimiento o tratamiento incluyendo administracion de medicamentos y/o terapia necesaria durante esta y futuras visitas medicas.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA BENEFICIOS DE SEGURO

Yo autorizo al Dr. Emilio Del Valle a dar informacion a las companies de seguros acerca de mis enfermedades y tratamientos. Yo asigno pagos por servicios medicos hechos a mi persona (dependientes) al Dr. Del Valle (En caso que alguna forma se llene por los empleados del Dr. Del Valle para sometelra al seguro medico.)

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### TERMINOS DE PAGOS

Uno de los servicios que nuestra oficina ofrece gratis es mandar a cobrarle a su seguro. Estamos aqui para ayudarle a que usted reciba el mayor tratamiento ofrecido por los beneficios de su seguro. Para continuar sirviendole efectivamente, es necesario que usted entienda los terminus siguientes.

1. Todos los pagos, co-pagos, deducibles, y servicios que su seguro no cubre seran pagados; a la oficina del Dr. Del Valle el día de la visita medica.
2. Si usted no tiene seguro medico, se la dará un estimado de la cuenta, el total del pago de ese estimado sera pagado por usted antes de ver al Dr. Del Valle.
3. Usted es responsable de proever prueba de seguro a la cajera cuando usted entregue estos documentos firmados. La cajera verificara con su seguro los beneficiuos cubiertos y obtendra autorizión si es necesaria. El paciente es responsable por pagos de los beneficios no cubiertos por su seguro.
4. En el caso que usted reciba por correo una notificación de pago de la oficina del Dr. Del Valle, usted tiene 10 dias para pagar. Si desea pagar con cheque, le cobraremos un cargo por cada cheque que devuelto por el banco (si no tiene fondos suficiente).
5. Es su responsabilidad de notificar a la oficina del Dr. Del Valle si hay cambios en su direccion, trabajo, sejuero, o numero de teléfono.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras polisas o su cobertura de seguro medico, por favor preguntas. Nosotros estamos aqui para servirles.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_