



# The Spinal Decompression and Chiropractic Center

## ASIGNACION DE BENEFICIOS Y PAGO DIRECTAMENTE AL DOCTOR

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta del seguro medico \_\_\_\_\_

#SS #ID \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

#Reclamo/#Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta del seguro medico \_\_\_\_\_

Nombre de la compania para la que trabaja el asegurado \_\_\_\_\_

#SS # ID del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por este medio doy instrucciones de que todo pago de servicios profesionales y beneficios de gastos medicos cubiertos por la poliza de mi seguro medico sean hechos directamente a:

David V. Baugher, DC, PLLC  
(EIN: 45-4725093)  
2500 Lillian Miller Parkway  
Denton, TX 76210

BAJO ESTA POLIZA ESTA ES LA ASIGNACION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS. Este pago no excedera la cantidad acordada al arriba asignado el cual hare dentro del tiempo estipulado.

Si acaso mi poliza de seguro medico no autoriza pago directo al doctor les dare instrucciones de que me envíen un cheque por correo que lea asi:

(Nombre del Paciente) \_\_\_\_\_  
c/o The Spinal Decompression & Chiropractic Center  
2500 Lillian Miller Parkway  
Denton TX 76210

Fotocopia de esta Asignacion debera se considerada efectiva y valida como el original.

Tambien autorizo que cualquier informacion pertinente a mi caso sea liberada a la compania aseguradora, perito o abogado involucrado en el caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la poliza

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma del demandante si no es el titular de la poliza \_\_\_\_\_