

AUTHORIZATION TO TREAT AND ASSIGNMENT / AUTORIZACION PARA TRATAR Y ASSIGNAR

Initial I authorize the release of any information to facilitate the payment of services rendered on my behalf. I hereby assign and transfer to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. all rights, title and interest in benefits payable for services rendered. I understand that I will pay for all charges that exceed the sums actually paid by my insurance policy(ies) unless I am represented by an attorney and am being treated under a Letter of Protection (LOP). A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Inicial Yo autorizo la liberación de cualquier información que facilite el pago de servicios rendidos en mi favor. Por este medio asigno y transferir a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. todos los derechos, títulos, y intereses en beneficios pagaderos por servicios rendidos. Entiendo que yo pagaré por todos los costos que excedan las sumas actualmente pagadas por mi póliza de seguro, a menos que yo esté representado por un abogado, y mis tratamientos estén asegurados bajo una carta de protección de él mismo. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Initial I hereby give my permission to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to release my information to a new attorney of their choosing in the event my representing attorney drops my case.

Inicial Yo doy permiso a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. para liberar mi información a un nuevo abogado de su elección en el caso de que mi abogado que representa deje ir mi caso.

Initial I hereby give my permission to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to examine and treat me as deemed necessary.

Inicial Yo doy permiso a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. para examinar y tratar me como sea necesario.

Authorization to Release Records/Information / La autorización para Liberar los Registros y la información:

Initial You are authorized to request release of my x-rays and records or copies of such and request that they be transferred to:

Inicial Usted es autorizado a liberar mis radiografías y los registros o las copias de tal y el pedido que ellos sean transferidos a:

Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

6301 Gaston Ave., Suite 200W

Dallas, Texas 75214

And you are authorized to release any information deemed appropriate concerning my physical condition to any insurance company, attorney, or adjuster, in order to process any claim for reimbursement of charges incurred by me, as a result of professional services rendered by you. I hereby release you of any consequence thereof.

Y usted es autorizado a liberar cualquier información creída apropiada con respecto a mi condición física a cualquier compañía de seguros, el abogado, o al ajustador, para procesar cualquier reclamo para el reembolso de cargas contraídas por mí, como resultado de servicios profesionales rendidos por usted. Yo por la presente le libero de cualquier consecuencia del mismo.

Authorization of Cause of Action / La autorización de la Causa de la Acción

Initial I hereby assign and transfer to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. the cause of action that exists or may exist in my favor up to but not exceeding the amount of my medical bills, generated in my treatment, against such company/ies and/or party/ies, entity/ies or individual/s (the name(s) of which is/are believed to be correctly set forth herein) that I or Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. believe to be the responsible company/ies and/or party/ies, entity/ies or individual/s. This assignment and transfer shall include, but is not limited to any rights or claims I might possess from and against all sources, person/s, or entity/ies, including but not limited to health insurance coverage, liability insurance coverage, Personal Injury Protection (PIP), Medical Payments Coverage, Uninsured Motorist Coverage, and Underinsured Motorist Coverage. I further authorize Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to prosecute and/or initiate an action/s for recovery up to, but not exceeding the amount of my medical bills which may be prosecuted either in my name or as Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. in the manner Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. shall see fit. I also authorize Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to compromise, settle, or otherwise resolve said claim/s, for medical bills generated in my treatment, as Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. shall see fit. However it is understood that until all reasonable efforts have been made to collect the sums due from the insurance company/ies and/or other responsible party/ies, entity/ies and/or individual/s, Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. will refrain from attempts and efforts to collect the amounts owed directly from me. I understand that whatever amount Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. does not collect from the insurance proceeds and/or other responsible party/ies, entity/ies and/or individual/s (whether it be all or part of what is due), I personally owe Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., up to but not to exceed the total amount of medical bills generated in my treatment and I agree to pay in a current manner.

Inicial Por la presente asigno y transfiero a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. la causa de acción que existe o puede existir en mi favor hasta, pero que no exceda la cantidad de mis gastos médicos generados en mi tratamiento contra la tal compañía y/o el otro partido(s), entidad(es) o individual(s) (el nombre(s) de quienes se cree para ser dispuesto correctamente adjunto) que yo o Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. creo que es la compañía(s) responsables y/o partido(s), entidad(es) o individual(s). Esta cesión y transferencia incluirá, pero no se limita a, derechos o reclamaciones que pueda poseer de y contra todas las fuentes, persona/s o entidad/es, incluyendo pero no limitado a cobertura de seguro de salud, cobertura de seguro de responsabilidad civil, Protección de Lesiones Personales (PIP), Cobertura de Pagos Médicos, Cobertura de Automovilista Sin Seguro, y Cobertura de Automovilista con Seguro Insuficiente. Además autorizo a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., para enjuiciar y/o iniciar una acción/s para la recuperación hasta, pero que no exceda la cantidad de mis cuentas médicas que pueden ser procesadas ya sea en mi nombre o como Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., en la manera Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., entenderán conveniente. También autorizo a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. para negociar, asentar o de otra manera resolver dicho reclamo(s) para la factura medica generada en mi tratamiento tal como Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. consideren necesario. Sin embargo, se entiende que hasta todos los esfuerzos razonables se han hecho para recoger las sumas debidas de la compañía de seguros y/o del otro partido(s), entidad(s) o individual(s) responsable, Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. se refrenaran de tentativas y de esfuerzos de recoger las cantidades debidas directa mente a mi. Entiendo que si Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. no recoge los ingresos del seguro y/o del otro partido(s), entidad(s) o individual(s) (si sea todo o una parte de cual es debido), debo personalmente a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. hasta, pero sin exceder la cantidad total de la facture medica generada por mi tratamiento y yo convengo el pago de una manera actual.

Authorization to Pay Directly to Doctor / La autorización para Pagar Directamente al Médico

Initial _____ To Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

In consideration of the professional services rendered and to be rendered by the doctor, I authorize and direct the payment to the doctor named above of any sum I now or hereafter owe him by you, my attorney, out of proceeds of any settlement of my case, and/or by any insurance company obligated to reimburse me for the charges for his services or otherwise obligated to make payment to me or him based in whole or in part upon the charges made for his services. If my current policy prohibits direct payment to the doctor, then I hereby also instruct and direct you to make out the check to me and mail it as follows:

Inicial _____ A Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

En consideración a los servicios profesionales rendidos y para ser rendido por el médico, y autorizo y le dirijo el pago al medico denominado arriba de cualquier suma que yo ahora o de ahora en adelante lo debe por usted, mi abogado, fuera de avanza de cualquier arreglo de mi caso, y/o por cualquier compañía de seguros obligada me reembolsar para las cargas para sus servicios o de otro modo obligó a hacer el pago a mí o El se basó en el total o en parte sobre las cargas causó sus servicios. Si mi política actual le prohíbe pago directo al médico, entonces yo por la presente instruyo también y le dirijo a hacer fuera el cheque a mí y lo envía de la siguiente manera:

**Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.
6301 Gaston Ave., Suite 200W
Dallas, Texas 75214**

Acknowledgement and Understanding / Reconocimiento y Comprensión

Initial _____ I hereby acknowledge that I am receiving (or about to receive) health care services at Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., and I have been advised that the doctor(s) providing the services is/are willing to wait for payment for these services, provided that there continues to be a reasonable chance that payment will be made either by insurance benefits or out of the settlement of liability claim.

I understand that if it is determined either:

- a) there is no insurance company obligated to pay for the services, or if the insurance company involved refused to acknowledge an assignment to the doctor(s), or make other provision for the protection of the interest of the doctor(s);
- b) if a liability claim exists, and my attorney refused to agree to protect the interest of the doctor(s), or if I have not engaged the services of an attorney;

then payment for services rendered by the doctor(s) at Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.. will be made by me on a current basis and my bill paid in full as soon as my liability claim is settled or the passage of three months from my last treatment, whichever occurs first.

Inicial _____ *Yo por la presente reconozco que recibo (o acerca de recibir) los servicios de asistencia medica en Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., y yo han sido aconsejados que el médico(s) que proporciona los es/son de servicios dispuestos a esperar el pago para los servicios, con tal de que allí continúe ser una oportunidad razonable que ese pago se hará o por seguro beneficia o fuera de arreglo del reclamo de la obligación.*

Entiendo que si me soy determinando o:

- a) *no hay compañía de seguros obligó a pagar por los servicios, o si la compañía de seguros implicada se nego a reconocer una tarea al médico(s), o hacer otras provisiones para la protección del interés del médico(s);*
- b) *si un reclamo de la obligación existe, y mi abogado se negó a concordar en proteger el interés del médico(s), o si comprometió los servicios de un abogado;*

entonces pago para servicios rendidos por el médico(s) en Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., será hecho por mí en una base actual y mi cuenta pagados en repleto tan pronto como mi reclamo de obligación seasienta o el pasaje de tres meses de mi último tratamiento, el que ocurre primero.

Patient's Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha