

LONG ISLAND EYE SURGICAL CARE, P.C.  
AUTORIZACION Y USO DE FIRMA

\_\_\_\_\_  
Seguro Social del Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor Nombre del Proveedor

- A. Marcar la sección "Suscriptor o La Firma de Personas Autorizadas" con la anotación "Firma en Archivo".
- B. Esta sección autoriza:
1. Ceder cualquier información médica necesaria para procesar éste reclamo.
  2. Pago de beneficios médicos para el médico designado o suplidor de los servicios descritos abajo.
  3. Long Island Eye Surgical Care, PC; o un agente debidamente designado, empleado u oficial de éste para actuar como mi designado ("Designado") para todos los propósitos acordados por las Leyes de Seguros del Estado de Nueva York y por las Leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York, incluyendo pero no limitado a apelaciones internas y externas en determinaciones adversas relacionado a mi cuidado de salud.

Estas autorizaciones contenidas en la sección A y sección B seguirán en vigor hasta terminadas por escrito por el suscriptor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo