

**NEUROSCIENCE CONSULTANTS**  
DIPLOMATES, AMERICAN BOARD OF NEUROLOGY

**ALLAN HERSKOWITZ, M.D., F.A.C.P.**  
**BRAD HERSKOWITZ, M.D.**  
**PAUL DAMSKI, M.D.**

**BERNARD GRAN, M.D.**  
**GUILLERMO A. MARTINEZ, M.D.**  
**DAVID KLAPPER, M.D.**

**Acuerdo Financiero:**

El paciente acuerda pagar a Neuroscience Consultants LLC por los servicios recibidos, además acepta que el pago se vence al recibo del estado de cuenta. Entiende que cualquier balance del paciente sin pago será considerado delincuente después de un período de 60 días. Si esto ocurriera, se tomaría acción legal de ser necesario para forzar el pago de la cuenta. Acepto pagar los honorarios legales y de abogado que sean estimados razonables. El paciente/guardián renuncia a la jurisdicción de lugar de actuación y se somete a la jurisdicción y lugar de actuación en la corte de estado del Condado de Miami-Dade, Fl.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota para pacientes con HMO y Workman compensation:**

Ustedes son responsables de obtener el referido y/o autorización para sus visitas y exámenes a realizarse en nuestras oficinas, los mismos que deben ser solicitados a sus médicos primarios o claims adjuster.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Asignación de Beneficios:**

Yo, por la presente autorizo a mi compañía de seguro para que el pago sea hecho directamente a Neuroscience Consultants LLC por los beneficios adeudados a mi. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los cargos que no cubre mi compañía de seguro. En tal caso yo inmediatamente pagaré a Neuroscience Consultants LLC por los servicios recibidos. Yo, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar el reclamo.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_