

INLAND PULMONARY SPECIALISTS

Anoop Maheshwari, M.D. Young H. Lee, M.D.

613 S. Howard St
Corona, CA 92879

31571 Canyon Estates Dr #219
Lake Elsinore, CA 92532

4646 Brockton Ave #203
Riverside, CA 92506

32643 Inland
Valley Dr #60
Wildomar, CA 92595

Tel. 951-737-5809 Fax. 951-848-6923

Consent for Treatment

I, the undersigned, consent to any and all medical or surgical treatment or procedures which may be performed during any office visit, including emergency treatment or services and which may include but not limited to laboratory procedures, x-ray examination, diagnostic testing, treadmills, echocardiograms, holter monitors or electrocardiogram. **(Initial here)**_____

Convento de Tratamiento

El abajo firmante, doy consentimiento para cada tratamiento medico, quirurgico o procedimientos que puedan llevarse acabo durante la visita de consultorio. Estos servicios incluyen tratamiento de emergencias, y pueden incluir, pero no se limitan a los procedimientos de laboratorios, rayos x, pruebas diagnosticas, cintas para correr, ecocardiogramas, monitores holter o electrocardiogramas. **(Inicial aqui)**_____

Assignment of Insurance Benefits

I, the undersigned, assign any and all rights, title, interest, and insurance proceeds or benefits payable to me or on my behalf for any services rendered by Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp and direct payment to be made directly to Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp.

(Initial here)_____

Asignacion de las Prestaciones del Seguro

El abajo firmante, asignare cualquiera y todos los derechos, titulo, interes y producto de la aseguranza o las prestaciones pagaderas a mi o a mi nombre por los servicios prestados por Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp y pago directo de hacerse directamente a Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp. **(Inicial aqui)**_____

Financial Agreement

I, the undersigned, agree that in consideration for the services rendered to the patient, I hereby individually obligate myself to pay the account of Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp in accordance with the regular rates and terms of Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp regardless of my insurance status. Should the account be referred to an attorney of collection agency for collection, I, the undersigned, agree to pay the actual attorney fees, collection expenses and court costs expended in collecting amounts due. All delinquent accounts not paid within thirty days (30) will bear interest at the legal rate. **(Initial here)** _____

Acuerdo Financiero

El abajo firmante, estoy de acuerdo que, en consideracion de los servicios prestados a el

paciente, yo declaro individualmente estar obligado a pagar la cuenta de Anoop Maheshwari M.D. Prof Corp de conformidad con las condiciones y tarifas regulares de Anoop Maheshwari e independientemente de mi estado se seguro. Si la cuenta se refiere a un abogado o agencia de cobro, yo, el abajo firmante, acepto pagar los honorarios de los abogados, los gastos de recaudacion, y gastos de corte desembolsados en recaudar sumas adeudadas. Todas las cuentas en mora no pagados dentro de los treinta días (30) devengarán intereses a la tasa legal . **(Inicial aqui)** _____

Name/Nombre _____

Patient Signature/Firma del Paciente _____ Date/Fecha _____

Signature of Witness/ Firma del Testigo _____ Date/Fecha _____