

**ADVANTAGE PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION, LLC**

60 Dunning Road, Suite 1  
Middletown, NY 10940-2215  
Telephone: (845) 344-4477 Fax: (845) 344-6072

---

**Nelson Wong, M.D.**

**Inocencia Carrano, M.D.**

**Bindu Pathrose, D.O.**

*Board Certified, Physical Medicine & Rehabilitation*

*Board Certified, Physical Medicine & Rehabilitation, Spinal Cord Injury*

*Board Certified, Physical Medicine & Rehabilitation*

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a Advantage Physical Medicine and Rehabilitation, LLC., por los servicios que me brindó el proveedor. Autorizo ??a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma del Paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros garantizamos en forma conjunta y solidaria el pago de todas las sumas adeudadas por los servicios y suministros proporcionados por Advantage Physical Medicine and Rehabilitation, LLC., para y para los beneficios del paciente mencionado anteriormente, y yo/nosotros asignamos al Dr. Wong, Dr. Carrano, o Dr. Pathrose cualquiera y todos derechos que yo/nosotros podamos tener a cualquier seguro que cubra los pagos por los servicios y suministros antes mencionados en la totalidad de dichos cargos. En el caso de que dicha cobertura de seguro sea denegada por cualquier motivo, o dichos cargos estén cubiertos solo en parte, cuando yo/nosotros acordamos pagar cualquier saldo adeudado al respecto.

Firma del Paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_