

HTC HOUSTON THERAPY CONSULT PLLC

"Llevando el toque cariñoso a su hogar"

SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____

Número de seguro del paciente: _____

Solicitud de servicio: _____

A quien le interese:

Esto es para notificarle sobre un cambio en los servicios de enfermería / terapia para mi hijo. Mi hijo anteriormente recibía _____ servicios de _____ pero fue dado de alta de sus servicios en vigencia _____ La nueva instalación que brinda servicios de enfermería / terapia es **Houston Therapy Consult**. Para evitar un retraso en la capacidad de mi hijo para recibir terapia / enfermería, por favor libere cualquier autorización de seguro anterior para que **Houston Therapy Consult** pueda comenzar a brindar servicios de enfermería / terapia para mi hijo. Le agradecemos su pronta atención a esta solicitud.

Padre / tutor legal

HOUSTON THERAPY CONSULTAR PLLC
9888 BISSONNET ST HOUSTON TX 77036
Teléfono: 713-784-2781 Fax: 713-784-2780
Houstontherapyconsult.com