

PAYMENT OF SERVICE / PAGO de SERVICIOS

I also authorize payment to be made directly to Russell W. Nelson, MD for the medical and/or surgical benefits, if any, otherwise payable to me for service rendered. I realize this may not represent the full payment for service rendered and I will be responsible for balance due.

Tambien autorizo a que se haga pago directamente a Russell W. Nelson, MD para beneficios medicos y quirurgicos si hay alguna, o de que otra manera se me pagaran a mi por los servicios rendidos. Yo entiendo que esto no representa pago completo por servicios ofrecidos y yo sere responsable por el balance que se debe.

Print Name/Signature

Date