



**Riverwalk**  
**354 Merrimack Street**  
**Lawrence, MA 01843**  
**(978) 687-2321**  
**Protected Health Information Fax: (978) 722-7287**  
**www.neneuro.com**

## Permiso Para Facturar y Tratar

**Division of Neurological Surgery**  
*Howard M. Gardner, M.D., F.A.C.S.*  
*Founder*  
*Peter J. Grillo, M.D., F.A.C.S.*  
*Medical Director*  
*Bruce R. Cook, M.D., F.A.C.S.*  
*Henry Y. Ty, M.D., F.A.C.S.*  
*K. Sadashiva Karanth, M.D., F.R.C.S.*  
*Robert A. Miller, M.D.*  
*Ethan J. Dionne, PA-C*  
*Robert LaPierre, PA-C*

**Division of Neurology**  
**Neurology**  
*Jonathan S. Moray, M.D.*

**Neurology/Epileptology**  
*Arya Farahmand, M.D.*  
*Lanny Y. Xue, M.D., Ph.D.*

**Neurology/Neuromuscular Disorders**  
*Min Zhu, M.D., Ph.D.*

**Neurology/Neuro-Oncology**  
*Vladan P. Milosavljevic, M.D.*

**Neurology/Vascular Neurology**  
*Andreas P. Schoeck, M.D.*

**Division of Pediatric Neurology**  
**Neurology/Clinical Neurophysiology**  
*Myrta I. Otero, M.D.*

**Division of Rheumatology**  
*Maosong Qi, M.D., Ph.D.*

**Division of Physical Medicine & Rehabilitation**  
**Physiatry**  
*Elizardo P. Carandang, M.D.*  
*Scott R. Masterson, M.D. CIME*  
*Thomas P. Cody, M.D.*  
*Paul M. Schoonman, D.C.*

**Division of Pain Medicine**  
**Anesthesiology**  
*Jeffrey A. Norton, M.D.*  
*Michael C. Connelly, M.D.*  
*Richard R. Riccardi, M.D.*  
*Karine N. Ngoie, PA-C*

**Division of**  
**Neuro-Behavioral Medicine**

**Psychiatry**  
*Marc M. Sadowsky, M.D.*

**Psychology**  
*Robert A. Moverman, Ph.D.*

**Administration**  
*Robert L. Wasserman, CEO*

Yo doy permiso a para .

1. Yo le permito a New England Neurological Associate, P.C. solicitar beneficios de seguros para el pago por el cuidado que recibo.

Entiendo que:

New England Neurological Associates tendra que enviar la informacion de mis registros medicos a mi compañía de seguro.

Debo pagar mi porcion de los costos.

Debo pagar por los costos de estos servicios si mi seguro no los paga o si no tengo seguro.

2. Entiendo que:

Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.

Tengo el derecho de discutir todos los tratamientos medicos con los medicos.

Firma del Paciente/Guardian Legal: \_\_\_\_\_

*Serving New England Since 1969*

10 George Street, Suite 300  
Lowell, MA 01852

One Parkway  
Haverhill, MA 01830

Doctors' Office Building  
21 Highland Avenue  
Newburyport, MA 01950

Medical Arts Building  
168 Kinsley Street  
Nashua, NH 03061

198 Littleton Road  
Suite 203  
Westford, MA 01886