



Coast and Aloe Internal Medicine
Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.
2001 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404
Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

Signature Form Page

I hereby acknowledge and declare that I have read and understood all of the following labeled forms below. I further acknowledge that I have the right to ask questions about any of the forms mentioned below and have the right to have them explained to me. *(Por la presente reconozco y declaro que he leído y comprendido todos los siguientes formularios etiquetados a continuación. Además, reconozco que tengo derecho a hacer preguntas sobre cualquiera de los formularios mencionados a continuación y tengo derecho a que me los expliquen.*

Please circle (Porfavor circule)

- I have read the Arbitration Agreement to its entirety and agree with all the terms and conditions *(He leído el Acuerdo de Arbitraje en su totalidad y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones)*
- I have read the No Show Policy to its entirety and agree with all the terms and conditions *(He leído el No show Policy en su totalidad y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones)*
- I have read the Notice of Privacy Practice to its entirety and agree with all the terms and conditions *(He leído el Notice of Privacy Practice en su totalidad y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones)*
- I have read the Responsibility of Payment Form to its entirety and agree with all the terms and conditions *(He leído el Responsabilidad de pago en su totalidad y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones)*

Patient's Name *(Nombre del Paciente)*

Date of Birth *(Fecha de Nacimiento)*

Patient's Signature *(Firma del Paciente)*

Today's Date *(Fecha)*