

## Bienvenido al American Institute of Balance®

El Instituto de Balance se fundó en el 1992 y se considera uno de los centros multi-especialistas más grandes de la nación para la evaluación y el tratamiento de desordenes de mareo y de balance. El Instituto es reconocido nacional e internacionalmente por su conocimiento en evaluación, tratamiento y rehabilitación. Los programas de terapia del Instituto son utilizados por médicos, audiólogos y terapistas mundialmente.

### Qué esperar el día de su cita

Su visita incluirá una variedad de pruebas sencillas pero técnicamente avanzadas usando computadoras y equipos altamente especializados que no están disponibles en la mayoría de los centros médicos. No habrá agujas. Su cita durará 60 - 90 minutos.

Antes de cada prueba se le dará una explicación detallada para que tenga una mejor comprensión de lo que se está siendo evaluado y por qué. Hacemos todo lo posible para que su visita sea cómoda y educativa.

Nos aseguraremos de discutir los resultados siempre que sea posible y enviar todos los resultados a su médico.

### Qué hacer y qué no hacer

Para que podamos obtener resultados precisos, le pedimos que revise cuidadosamente las siguientes instrucciones:

1. No use ningún maquillaje, incluyendo el rímel, el forro del ojo, o las lociones de la cara. Estos productos pueden interferir con las grabaciones.
2. No consuma bebidas alcohólicas durante 48 horas antes de la prueba.
3. Ciertos medicamentos pueden afectar la respuesta del cuerpo a la evaluación, dando así un resultado falso o engañoso. Si es posible, evite tomar los siguientes medicamentos por 48 horas antes de su cita. Medicamentos contra el vértigo: Anti-vert, Ru-vert, o Meclizine; Medicamentos contra las náuseas: Atarax, Dramamine, Compazine, Antiver, Bucladin Phenergan, Thorazine, Scopalumine, Transdermal. **POR FAVOR TRAIGA UNA LISTA DE SUS MEDICAMENTOS ACTUALES.**
4. **Los medicamentos vitales NO DEBEN ser detenidos.** Continúe tomando medicamentos para el corazón, presión arterial, tiroides, anticoagulantes, anticonceptivos, antidepresivos y diabetes. Si no está seguro sobre la interrupción de un medicamento en particular, consulte a su médico para determinar si es médicamente seguro que usted esté sin ellos durante 48 horas.
5. Coma liviano el día de su cita. Si su cita es en la mañana, puede consumir un desayuno ligero como tostadas y jugo. Si su cita es por la tarde, consuma un desayuno ligero y una merienda a la hora de almuerzo.
6. La prueba puede causar una sensación de movimiento que puede persistir temporariamente. Si es posible, le recomendamos que alguien le acompañe a la cita. Sin embargo, si esto no es posible, trate de planear su día para incluir unos 15 a 30 minutos extra después de la prueba antes de salir de la oficina.

**Información del paciente (Los formularios incompletos retrasarán su cita)**

Nombre: \_\_\_\_\_  HOMBRE  MUJER  
Primer Segundo Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt/Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Vive en un centro de enfermería especializada?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre / teléfono: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE EMPLEO:**  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado  Desempleado

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO:**

Médico que lo ha referido: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Por favor, indique brevemente la naturaleza de su problema: \_\_\_\_\_

Por favor, indique las operaciones que usted ha tenido: \_\_\_\_\_

Nombre por favor cualquier medicación que usted es alérgico o ha sido advertido a no tomar:

\_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO DEL PACIENTE**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Los trastornos de equilibrio pueden presentarse con una variedad de síntomas. Algunas personas pueden experimentar mareos o vértigo, mientras que otros pueden tener desequilibrio o inestabilidad. Por favor tome unos minutos para responder estas preguntas con respecto a su historial y a sus síntomas. Responda a lo mejor de su capacidad, pero tenga la seguridad de que sus respuestas no afectarán su evaluación.

¿Cómo o cuándo ocurrió su problema por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_

**I. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes sensaciones? Por favor, lea la lista completa primero. Ponga una 'X' en la casilla SÍ o NO, lo que mejor describa sus sentimientos con mayor precisión.**

- | SÍ                    | NO                    |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Le afecta el movimiento, del aire o del mar?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tuvo mareo por movimiento cuando era niño?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tiene historial familiar de mareo por movimiento? padres? ____ hermanos? ____ hijos? ____                                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Padece de migrañas?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Ha estado expuesto a solventes, productos químicos, etc.?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Se ha herido alguna vez en la cabeza? ¿Cuándo? _____  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Si recibió una lesión en la cabeza, ¿estuvo inconsciente?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en el cuello?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Alguna vez se ha caído? ¿Cuántas veces? _____   |
|                       |                       | ¿Dónde? _____ ¿Dentro de la casa? _____ ¿Fuera de la casa? _____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tiene miedo de caerse?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Toma algún medicamento regularmente? (e.j. tranquilizantes, anticonceptivos, barbitúricos, antibióticos, tiroides) ¿Cuál? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Consume alcohol?  |

**II. Si experimenta mareos, marque la casilla SI o NO y complete los espacios en blanco. Si no experimenta mareos, vaya a la siguiente sección (III).**

- | SÍ                    | NO                    |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Su mareo es constante? Si respondió que sí, vaya a la sección III.                               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Si ocurre en ataques, ¿cuán frecuentes? _____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Está completamente libre de mareos entre ataques?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tiene alguna advertencia de que un ataque está por comenzar?                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Los mareos son provocados por movimientos de cabeza / cuerpo? Si es así, en qué dirección? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿El mareo es peor en algún momento del día? Si es así, ¿cuándo? _____                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Sabes de algo que detenga sus mareos o lo haga mejor? ¿Que? _____                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | .....empeore sus mareos? ¿Que? _____  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | .....precipite un ataque? ¿Que? _____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Conoce alguna posible causa de su mareo? ¿Cual? _____  |

**Continuación (Cuestionario del Paciente)**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**III. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes sensaciones? Por favor lea la lista entera primero, luego marque la casilla SI o NO para describir sus sentimientos con mayor precisión.**

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| SÍ                    | NO                    |   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Cabeza ligera?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Sensación rara en la cabeza?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Pérdida de conciencia?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Objetos girando alrededor de usted?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Sensación de que está girando en el interior y los objetos externos permanecen estables? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tendencia a caerse..... hacia la derecha o a la izquierda.                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ..... hacia adelante o atrás  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pérdida de equilibrio al caminar .....girando hacia la derecha?                           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ..... girando hacia la izquierda?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tiene problemas caminando en la oscuridad?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tiene problemas girando hacia un lado u otro?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Náuseas o vómitos?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Presión en la cabeza?  |

**IV. ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla SÍ o NO y circule si es Constante o si en Episodios.**

- |                       |                       |   |           |              |
|-----------------------|-----------------------|---|-----------|--------------|
| SÍ                    | NO                    |   |           |              |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Visión doble?                                | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Visión borrosa o ceguera?                    | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Manchas en su visión?                        | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Adormecimiento de la cara, brazos o piernas? | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Debilidad en?                                | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Confusión o pérdida de conciencia?           | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Dificultad para tragar?                      | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Hormigueo alrededor de la boca?              | Constante | En Episodios |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Dificultad para hablar?                      | Constante | En Episodios |

**V. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla para SI o NO y circule el oído involucrado.**

- |                       |                       |   |                         |              |                |
|-----------------------|-----------------------|---|-------------------------|--------------|----------------|
| SÍ                    | NO                    |   |                         |              |                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Dificultad para oír?   | Ambos oídos             | Oído derecho | Oído izquierdo |
|                       |                       | ¿Cuando empezó? _____   | ¿Está empeorando? _____ |              |                |
|                       |                       | ¿La audición cambia con sus síntomas? Si es así, ¿como? _____ |                         |              |                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Ruido en los oídos?  | Ambos oídos             | Oído derecho | Oído izquierdo |
|                       |                       | Describe el ruido _____                                       |                         |              |                |
|                       |                       | ¿El ruido cambia con sus síntomas? Si es así, ¿como? _____    |                         |              |                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Hay algo que detenga el ruido o lo haga mejor? _____         |                         |              |                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Sensación de llenura en sus oídos?                           | Ambos oídos             | Oído derecho | Oído izquierdo |
|                       |                       | ¿Esto cambia cuando esta mareado(a)? _____                    |                         |              |                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Dolor en sus oídos?  | Ambos oídos             | Oído derecho | Oído izquierdo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Supuración en sus oídos?                                     | Ambos oídos             | Oído derecho | Oído izquierdo |

## RESUMEN DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Es la política de nuestra práctica que todos los médicos y personal preserven la integridad y la confidencialidad de la información de salud protegida (ISP) perteneciente a nuestros pacientes. El propósito de esta política es asegurar que nuestra práctica y sus médicos y personal tengan la información médica y de salud protegida necesaria para proporcionar la más alta calidad de atención médica posible, protegiendo la confidencialidad de la información de salud protegida de nuestros pacientes al más alto grado posible. Los pacientes no deben tener miedo de proporcionar información a nuestra práctica y a sus médicos y personal con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Para ello, nuestra práctica y sus médicos y personal:

- Cumplirá con los estándares establecidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Recopilará, usará y divulgará la ISP conforme con las leyes estatales y federales y los convenios y/o autorizaciones actuales del paciente, según corresponda. Nuestra práctica y sus médicos y personal no usarán o divulgarán ISP para usos fuera de la TPO de la práctica, tales como mercadeo, empleo, solicitudes de seguro de vida, etc., sin una autorización del paciente.

Usará y revelará la ISP para recordarles a los pacientes sus citas, a menos que nos instruyan a no hacerlo.

- Reconocerán que la ISP recopilada sobre los pacientes debe ser precisa, oportuna, completa y disponible cuando sea necesario. Nuestra práctica y sus médicos y personal:
  - Implementarán medidas razonables para proteger la integridad de todas las ISP mantenidas sobre los pacientes.
- Reconocerán que los pacientes tienen derecho a la privacidad. Nuestra práctica y sus médicos y personal respetarán la dignidad individual del paciente en todo momento. Nuestra práctica y sus médicos y personal respetarán la privacidad del paciente en la medida en que sea consistente con proveer la atención médica de la más alta calidad posible y con la administración eficiente de la instalación.
- Actuarán como administradores responsables de la información y tratarán toda ISP confidencialmente. En consecuencia, nuestra práctica y sus médicos y personal:
  - Tratarán todos los datos de ISP como confidenciales de acuerdo con la ética profesional, las normas de acreditación y los requisitos legales.
- No revelarán los datos de ISP a menos que el paciente (o su representante autorizado) haya autorizado apropiadamente la liberación o a menos que la liberación esté autorizada por la ley.
- Reconocerán que, aunque nuestra práctica "posee" el expediente médico, el paciente tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su ISP. Además, los pacientes tienen derecho a solicitar una enmienda a su historial médico si cree que su información es incorrecta o incompleta. Nuestra práctica y sus médicos y personal:

- Permitirá que los pacientes tengan acceso a sus registros médicos cuando sus solicitudes por escrito sean aprobadas por nuestra práctica. Si negamos su solicitud, entonces debemos informar a los pacientes que pueden solicitar una revisión de nuestra negación. En tales casos, tendremos un profesional de la salud revisando las apelaciones de los pacientes.
- Proveerá a los pacientes la oportunidad de solicitar la corrección de la ISP incorrecta o incompleta en sus registros médicos de acuerdo con la ley y las normas profesionales.

Todos los médicos y el personal de nuestra práctica mantendrán una lista de ciertas revelaciones de ISP para propósitos diferentes a los de TPO para cada paciente y aquellos hechos de acuerdo con una autorización como lo requieren las reglas de HIPAA. Proporcionaremos esta lista a los pacientes bajo petición, siempre y cuando sus solicitudes sean por escrito.

Todos los médicos y personal de nuestra práctica se adherirán a cualquier restricción concerniente al uso o divulgación de la PHI que los pacientes hayan solicitado y hayan sido aprobados por nuestra práctica.

Todos los médicos y personal de nuestra práctica deben adherirse a esta política. Nuestra práctica no tolerará violaciones de esta política. La violación de esta política es motivo de acción disciplinaria, incluyendo la terminación del empleo y sanciones penales o profesionales de acuerdo con las reglas y regulaciones de personal de nuestra práctica.

**Nuestra práctica puede cambiar esta política de privacidad en el futuro. Cualquier cambio será efectivo con la publicación de una política de privacidad revisada y se pondrá a disposición de los pacientes a solicitud.**

**Una vez más, si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o a nuestras políticas de privacidad de información de salud, favor contactar a Richard E. Gans, Ph.D., 727.398.5728.**

**RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR ESCRITO**

YO, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del  
*NOMBRE DEL PACIENTE*

**RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL AMERICAN INSTITUTE OF BALANCE.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, anote los nombres de las personas que nos autoriza a compartir información médica con:

**Nombre:**

**Teléfono:**

**Relación al Paciente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **POLÍTICA FINANCIERA**

Como cortesía para usted, nuestro paciente, le presentaremos su información de miembro a la compañía de seguros. Sin embargo, dado que la cobertura es un contrato entre usted y la compañía de seguros, últimamente es la responsabilidad del paciente asegurarse de que los servicios se pagan de manera oportuna. Si su procedimiento no es cubierto por sus beneficio, de acuerdo con su póliza de seguro, el procedimiento será un gasto facturable para usted.

Si usted es miembro de un HMO, ES SU RESPONSABILIDAD COMO PACIENTE de obtener todas y cada una de las autorizaciones de referencia necesarias ANTES DE SU VISITA. Si la autorización no está en nuestra oficina en el momento del servicio, es posible cambiar la fecha de su cita si decide no pagar en el momento en que los servicios se prestan.

Todos los copagos se deben al momento de firmar en la recepción, y se pagan por cheque, en efectivo o tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, Discover o American Express). Si el banco le devuelve un cheque por cualquier razón, se le cobrará una tarifa de cheque devuelto de \$ 39.00, que se agregará a su cuenta y deberá ser pagada en su totalidad en efectivo o con tarjeta de crédito antes de regresar a otra visita.

Si usted requiere que el papeleo de FMLA sea completado por uno de nuestro personal, habrá un cargo de \$ 35.00 debido el día en que recoja su papeleo de la oficina.

Habrá un cargo de \$ 25.00 cargado en su cuenta por cualquier cita perdida que no se cancele con 24 horas de antelación.

Si usted es un PACIENTE DE PAGO INDEPENDIENTE sin cobertura de seguro, todos los honorarios son debidos y pagaderos en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestro Departamento de Facturación.

Es nuestra póliza obtener toda la información pertinente para identificarle como nuestro paciente. Incluye su número de seguro social y una copia de su licencia de conducir o identificación con fotografía. Esta información está protegida por las leyes HIPAA.

Si usted es un PADRE I TUTOR DE UN MENOR, es la responsabilidad del padre que está buscando tratamiento para que el niño de que el pago se haga en consecuencia.

Al firmar a continuación, entiendo que SOY RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. Si por alguna razón yo soy delinciente en mis pagos, seré responsable de la Comisión de Recaudación del 30% y el saldo pendiente de mi cuenta, más los honorarios de cualquier abogado.

**RECONOSCO RECIBO DE ESTA POLÍTICA FINANCIERA**

**Y UNA COPIA PERMANECERÁ EN MI ARCHIVOS**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Al firmar, autorizo a los médicos Gans, Jagger, Kurtzer y Unger a divulgar cualquier información con respecto a mi tratamiento, con fines de seguro. También autorizo a los médicos mencionados a divulgar mi información a los médicos o instituciones, según sea necesario para mi tratamiento.

Entiendo que cualquier información dada con respecto a mi tratamiento permanecerá

CONFIDENCIAL y será puesto en libertad solo cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_



### APPOINTMENT OF REPRESENTATIVE

<b>Name of Party</b>	<b>Medicare Number (beneficiary as party) or National Provider Identifier Number (provider as party)</b>
The American Institute of Balance®	1851392849

#### Section 1: Appointment of Representative

To be completed by the party seeking representation (i.e., the Medicare beneficiary, the provider or the supplier):

I appoint this individual, John Rice to act as my representative in connection with my claim or asserted right under Title XVIII of the Social Security Act (the "Act") and related provisions of Title XI of the Act. I authorize this individual to make any request; to present or to elicit evidence; to obtain appeals information and to receive any notice in connection with my appeal, wholly in my stead. I understand that personal medical information related to my appeal may be disclosed to the representative indicated below.

<b>Signature of Party Seeking Representation</b>	<b>Date</b>
<b>Street Address</b>	<b>Phone Number (with Area Code)</b>
<b>City</b>	<b>Zip Code</b>

#### Section 2: Acceptance of Appointment

To be completed by the representative:

I, John Rice, hereby accept the above appointment. I certify that I have not been disqualified, suspended or prohibited from practice before the Department of Health and Human Services (DHHS); that I am not, as a current or former employee of the United States, disqualified from acting as the party's representative; and that I recognize that any fee may be subject to review and approval by the Secretary.

I am a / an Practitioner Representative

(Professional status or relationship to the party, e.g. attorney, relative, etc.)

<b>Signature of Representative</b>	<b>Date</b>
<b>Street Address</b>	<b>Phone Number (with Area Code)</b>
8200 Bryan Dairy Rd Suite 340	(727) 398-5728
<b>City</b>	<b>State</b>
Largo	FL
	<b>Zip Code</b>
	33777

#### Section 3: Waiver of Fee for Representation

Instructions: This section must be completed if the representative is required to or chooses to waive their fee for representation. (Note that providers or suppliers that are representing a beneficiary and furnished the items or services may not charge a fee for representation and must complete this section.)

I waive my right to charge and collect a fee for representing ----- before the Secretary of DHHS.

<b>Signature</b>	<b>Date</b>
------------------	-------------

#### Section 4: Waiver of Payment for Items or Services at Issue

Instructions: Providers or suppliers serving as a representative for a beneficiary to whom they provided items or services must complete this section if the appeal involves a question of liability under section 1879(a)(2) of the Act. (Section 1879(a)(2) generally addresses whether a provider/supplier or beneficiary did not know or could not reasonably be expected to know, that the items or services at issue would not be covered by Medicare.)

I waive my right to collect payment from the beneficiary for the items or services at issue in this appeal if a determination of liability under §1879(a)(2) of the Act is at issue.

<b>Signature</b>	<b>Date</b>
------------------	-------------