

I, \_\_\_\_\_ give my written  
*(Print Patient Name/Legal Guardian Name)*  
authorization to Allendale Chiropractic Clinic to receive a  
copy of the settlement papers once the claim has settled.

---

**Patient/Legal Guardian Signature**

**Date**

---

**Witness Signature**

**Date**



Yo, \_\_\_\_\_ doy mi autorización  
*(Imprima: Nombre del Paciente/Nombre del Guarda Legal)*  
por escrito a Allendale Chiropractic Clinic para recibir una  
copia de los documentos de acuerdo una vez que la reclama –  
ción se ha resuelto.

---

**Firma del Paciente o Guarda Legítimo**

**Fecha**

---

**Firma del Testigo**

**Fecha**