



- Debra F. Morrison, M.D.
- Tom L. Meziere, M.D.
- M. Bruce Johnson, M.D.
- B. Douglas Stokes, M.D.
- Angela K. Nutt, M.D.
- Jaymie H. Pennington, M.D.
- J. Craig Davis, M.D.
- Bobby Kakati, M.D.
- Kevin Heath, M.D.
- David Backstedt, M.D.
- Jeffrey D. Robertson, M.D.
- Scott D. Wardlaw, M.D.
- Kelly A. Gibbs, M.D.
- Crystal Brown, APRN
- Amanda Allen, APRN
- Matthew Taylor, APRN

GastroArkansas
 11700 Cantrell Rd.
 Little Rock, AR 72223
 (501) 664-6980
 Fax: (501) 664-4738

Gastro-Intestinal Center
 405 N. University
 Little Rock, AR 72205
 (501) 663-1074
 Fax: (501) 663-0906

**Endoscopy Center
 of Little Rock**
 4200 N. Rodney Parham Rd.
 Suite 203
 Little Rock, AR 72212
 (501) 228-4445
 Fax: (501) 228-0110

GastroArkansas Conway
 455 Hogan Ln.
 Conway, AR 72034
 (501) 513-0799
 Fax: (501) 513-0798

GastroArkansas Bryant
 2305 Springhill Rd.
 Suite 6
 Bryant, AR 72019
 (501) 664-6980
 Fax: (501) 943-4344

Patient Name: _____ Date: _____

Insurance Agreement/ Financial Responsibility Statement

I authorize my insurance to pay directly to TDDC – DBA – Gastro Arkansas all benefits due me, as provided for in my policy contract. I understand I am responsible for all such charges that may be denied by the insurance company(ies). (Autorizo mis beneficios de seguro a pagar directamente a TDDC – DBA – Gastro Arkansas todos los beneficios que me adeudan, según lo previsto en el contrato de póliza anterior. Entiendo que soy responsable de todos estos cargos que pueden ser negados por la(s) compañía(s) de seguros.)

Disclosure Statement

Endoscopy Center of Little Rock, Gastro-Intestinal Center and Conway Endoscopy are privately owned and managed by our physicians. As a patient, you have the right to choose the facility of your choice for health related services. (El Centro de Endoscopia de Little Rock, el Centro Gastro-Intestinal y la Endoscopia De Conway son de propiedad privada y administrados por nuestros médicos. Como paciente, usted tiene el derecho de elegir la instalación de su elección para los servicios relacionados con la salud.)

Treatment Consent

I hereby consent to treatment rendered by TDDC – DBA – Gastro Arkansas, which could include in office procedures and injections. (Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento prestado por TDDC – DBA – Gastro Arkansas, que podría incluir en los procedimientos de oficina y las inyecciones.)

Record Consent

I hereby authorize the above entity to obtain and/ or release my complete medical records concerning my illness and/ or treatment to other medical entities involved in my care. Por la presente autorizo a la entidad anterior a obtener y / o divulgar mis registros médicos completos sobre mi enfermedad y / o tratamiento a otras entidades médicas involucradas en mi atención.)

Sign below to consent and acknowledge statements above.

Patient or Representative Signature

Date