



## Behavioral Health

### Declaración De La Responsabilidad Financiera del Paciente

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si se determina que no soy elegible para los beneficios o que este servicio no está cubierto a través de mi plan de seguro, yo acepto pagar todos los gastos y costos generados por los servicios.

- Yo entiendo que soy responsable por el deducible, co-aseguranza o por los costos de servicios que no están cubiertos a través de mi plan de seguro.
- Yo entiendo que quizás tendré que pagar el día de mi cita.
- Si no tengo aseguranza, mi obligación será pagar por los servicios generados.

*Solo Para Pacientes con Medi-care:*

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se me haga directamente a mí, que en mí nombre, se le entregue a: por cualquier servicio que me haya prestado mi médico. Autorizo a quienes tengan información médica relacionada a mí a que le revelen a la administración encargada de financiar el cuidado de la salud y a sus agentes, cualquier información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los que deban pagarse por servicios relacionados. Autorizo a Medicare a que le proporcione al médico, cuyo nombre aparece arriba, cualquier información relacionada con mis reclamaciones de Medicare según se estipula en el Título XVIII de la ley del Seguro Social. Una copia de esta firma es tan válida como la original.

*Solo Para Pacientes con Seguro Comercial:*

Por este medio autorizo a que se revele la información necesaria para presentar una reclamación con mi compañía de seguros y para asignarle, al médico o al grupo indicado en dicha reclamación, los beneficios que de otra manera me serían pagados a mí. Entiendo que soy responsable de saldar cualquier cuenta que no sea cubierto por mi aseguranza. Una copia de esta firma es tan válida como la original.

---

Nombre de Paciente

Fecha

---

Firma de Paciente o Padre o Tutor

Fecha