



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 yo so responsable financieramente por el deducible, coaseguranca o por los costos de servicios que no estan cubiertos traves de mi plan de seguro.
- Yo entiendo que es mi obligacion de pago sera cobrada el dia de mi cita.
- Si no tengo aseguranca, yo entiendo mi obligacion de pagar por los servicios generados.

Solo Para Pacientes con Medi-care:

Solicito que el pago de los beneficios autoizados se me haga directamente a mí o, que en mí nombre, se le entregue a: por cualquier servicio que me haya prestado mi medico. Autorizo a quienes tengan infomación médica relacionada conmigo a que le revelen a la adminstración 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 medico, 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 medico autorizo a que se revele la información necesaria para presentar una reclamación con mi compañía de seguros y para asignarle, al medico 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 importe que no sea cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma es tan válida como la original.

Nombre de Paciente Fecha

Firma de Paciente o Padre o Tutor Fecha