

Persona Responsable Financieramente

He leído y entiendo la póliza financiera de la oficina y estoy de acuerdo con sus términos.
Esta firma autoriza a su oficina para dar tratamiento médico a mi hijo/a y presentar las reclamaciones de seguros apropiados.

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de los gastos no cubiertos por el seguro.

<i>Nombre del paciente</i>	<i>M . F</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>

Firma	Nombre en Escrito	Fecha
-------	-------------------	-------

Si la persona anterior no es financieramente responsable, indique aquí:

Nombre de persona responsable	Relacion a persona firmando anteriormente	Fecha
-------------------------------	---	-------

Dirección
Ciudad/estado/código postal
Teléfono

Miembro del personal verifico verbalmente persona responsable anterior en el (# de teléfono)

(fecha)

Persona que aparece es financieramente responsable de todos los pacientes en esta registración. Los balances pendientes de pago serán enviados a una agencia de colección.

Si la persona responsable anterior niega la responsabilidad financiera, entonces estoy de acuerdo en ser financieramente responsable.

Firma	Nombre en Escrito	Fecha
-------	-------------------	-------