

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Comprendo y acepto que deberé pagar todos y cada uno de los cargos por los servicios no pagados por mi seguro por mis visitas. Esto incluye cualquier servicio o visita médica, examen preventivo o físico, pruebas de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas (EKG) y cualquier otro servicio de evaluación o pruebas de diagnóstico pedidos por el médico o el personal del médico.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad, y no la del médico o del personal del médico, saber si mi seguro pagará por cualquier servicio médico que reciba.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene algún deducible, copago, co-seguro, cargos fuera de la cadena, límites usuales y acostumbrados, o cualquier otro tipo de límite en los beneficios por los servicios médicos que reciba.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad saber si el médico o proveedor que consulto es un proveedor dentro de la cadena con contrato reconocido por mi plan o compañía de seguros. Es posible que se denieguen reclamos o que tenga gastos de bolsillo más altos si el médico o proveedor que consulto no está reconocido por mi plan o compañía de seguros. Comprendo lo mencionado anteriormente y acepto que deberé pagar todos los cargos.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi plan o compañía de seguros ha procesado mi elección de Médico Personal (PCP). Es posible que se denieguen reclamos si he solicitado un cambio de PCP que mi compañía de seguros no ha procesado. Comprendo lo antes mencionado, y acepto que tengo la responsabilidad financiera y que realizaré los pagos en su totalidad.

Firma: _____ **Fecha:** _____