



Declaración de responsabilidad financiera del paciente

Nombre del Nino _____ Féc. De Nac _____
Nombre del Nino _____ Féc. De Nac _____
Nombre del Nino _____ Féc. De Nac _____
Nombre del Nino _____ Féc. De Nac _____

Valley Oak Pediatrics Associates aprecia la confianza que usted ha mostrado al elegirnos para proveer el cuidado de la salud de sus hijo(a)/hijos. El (los) servicio (s) que usted ha elegido para participar implica una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a garantizar el pago completo de nuestros honorarios. Como cortesía, facturaremos a su aseguranza en su nombre. Sin embargo, usted es el responsable del pago final de su factura.

Usted es responsable del pago de cualquier deducible y coaseguro según lo determinado de su contrato con su aseguranza. Algunas compañías de seguros requieren que el miembro pague un copago por los servicios prestados. Esperamos copagos en el momento del servicio. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de cualquier monto no cubierto por su aseguranza. Si su aseguranza niega cualquier parte de su reclamo, o si usted o su médico eligen por continuar más allá del período aprobado, usted será responsable de su saldo total.

He leído la póliza anterior con respecto a mi responsabilidad financiera a Valley Oak Pediatrics Associates, por brindar servicios a los pacientes mencionados anteriormente. Certifico que la información es, verdadera y precisa. Autorizo a mí aseguranza a pagar cualquier beneficio directamente a Valley Oak Pediatrics Associates, la cantidad total y completa de la factura incurrida por mí o por los pacientes mencionados anteriormente; o, si corresponde, cualquier monto adecuado después de que mi aseguranza haya efectuado el pago.

Fecha _____

Nombre De Impresión _____ Firma _____
(Padre/Tutor legal) (Padre/Tutor legal)