

En la Oficina del Dr. Andres Patron apreciamos la confidencia que usted a mostrado en elegirnos como proveedor del cuidado de su salud y sus necesidades.

Yo _____ por este medio autorizo y conciento al Dr. Andres Patron, atra vez del personal adecuado, para realizar o hacer realizar en mí, o en el paciente arriba mencionado, la valoracion (es), evaluación (es) apropiada (s), asi como pruebas médicas, procedimientos y tratamientos.

Asi mismo, el servicio (s) que he elegido y aprobado a recibir implica una responsabilidad financiera de mi parte. Esta responsabilidad obliga que se asegure el pago total de los honorarios. Como cortesía, se verificara su cobertura y se le pasara la cuenta a su compañía de seguros en su nombre. Entendiendo que es financieramente responsable con el Dr. Andrés Patrón de Cargos que su compañía de seguro decline a pagar. Por otra parte acuerda también que el saldo acreedor resultante del pago de su seguro de salud u otras cuentas se pueden aplicar a cualquier otras cuentas adeudadas al Dr. Patrón por el asegurado.

Yo, el paciente a su vez, autorizo al Dr. Andrés Patrón y cualquier otra persona que actúan en mi nombre, a presentar la información requerida o solicitada por mi compañía de seguros para procesar mis reclamos médicos y asignar beneficios. Por lo tanto, si mi Compañía de Seguros no responde, me facturaran directamente ya que yo entiendo que soy responsable en última instancia del el pago de mi factura y, o cualquiera de los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros (s) y o Medicare. Además entiendo mi responsabilidad de cumplir con cualquier deducible anual aplicable (s), co-pago (s) y co-seguro (s).

Todos los saldos de los pacientes, según lo determinado por su compañía de seguros se deben pagar dentro de los 30 días de la factura. Los intereses se acumulan a los saldos de más de 30 días en porcentaje anual del 18% y una cuota de colección es añadida a los saldos de más de 90 días.

También entiendo y estoy de acuerdo en pagar la tasa de interés permitida legalmente, honorarios de coleccion y legales o si mi cuenta se convierte en delincuente en cualquier momento, con mi firma, ofresco la garantía de pagar a la oficina de mi médico en su totalidad. Cualquier cargo incurrido para hacer cumplir los pago requeridos por este acuerdo serán pagados por el cliente moroso, y cualquier información necesaria para cobrar dicha deuda se dará a conocer, al representante legal del médico.

El paciente (tutor / responsable de la cuenta) acepta ser plenamente responsable por el pago total de los procedimiento (s) realizado en esta oficina, incluyendo cualquier tratamiento (s) que no sea parte de los beneficios de cualquier Seguro Médico que el paciente pueda tener.

He leído y comprendido la información anterior, y estoy de acuerdo con los términos que se describen:

Firma del Paciente/Responsable o Tutor: _____ Date _____