



## Patient acknowledgment of financial responsibility (Spanish) Reconocimiento de la responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir la Clínica de Cuidado Primario Primary Care & Hope como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención médica. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de las políticas financieras de nuestros pacientes.

- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es el responsable final por el pago del tratamiento y la atención médica recibida.
- Intentaremos confirmar su cobertura de seguro médico antes de su tratamiento. Sin embargo, sus beneficios son un contrato entre usted y su compañía de seguro médico. Como cortesía, la clínica PCHC intentará solicitar un pago de su compañía de seguro médico.
- Es su responsabilidad proporcionar la información de su seguro médico actual y precisa, incluyendo cualquier actualización o cambio en la cobertura. Si no proporciona esta información, usted será financieramente responsable.
- Los pacientes son personalmente responsables por conocer y comprender su propia póliza de seguro médico, incluyendo el copago, el deducible, la elegibilidad y la cobertura. Si tiene preguntas sobre su cobertura, llame a su compañía de seguro médico directamente.
- La verificación de la cobertura no es una garantía de cobertura o pago. Su compañía de seguro médico determina los beneficios actuales al recibir el reclamo.
- Los servicios de laboratorio son proporcionados por los laboratorios de AEL. Pueden haber cargos adicionales por los servicios de laboratorio realizados. Cualquier pregunta sobre la facturación de los laboratorios AEL debe resolverse contactando a la compañía de laboratorio directamente.
- Si usted aún no cumple la cantidad de su deducible, se espera que realice un depósito de \$50 al momento de recibir servicios. Después, le enviaremos una factura con la cantidad de cualquier deducible restante determinado por su compañía de seguro médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha del día de hoy