



ACUERDO FINANCIAL

Yo entiendo que al firmar esta forma, you acepto lo siguiente:

- Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento/servicios que indiquen mi doctor/enfermera en Camelback Women's Health.
- Yo entiendo que soy responsable por los pagos de los servicios que mi seguro medico no cubre o si mi cobertura de aseguranza no es efectiva el dia que se recibieron los servicios.
- Yo entiendo que soy responsable por confirmar las limitaciones de cobertura puestas por mi compania de aseguraza.
- Yo entiendo que cualquier referencia o autoracion necesaria par la cita es mi responsabilidad y yo necesito obtenerlas antes de la cita. Yo entiendo que no me van atender sin las referencias/autoraciones y sere responsabi de los costas medicos.
- Yo autorizo que mi seguro medico pague directamente a Camelback Women's Health.
- Yo entiendo que todo los pagos se dan el dia de los servicios incluyendo los copays. Plan de pagos tienen que ser arraglados antes de la cita, si son necesarios.
- Yo entiendo que habra costo de \$25 si mi cheque es negado por mi banco.
- Entiendo que cualquier cheque devuelto sin fondos son objeto de nuevas colecciones de la oficina del fiscal del condado si no me remito pago bajo petición.
- Yo estoy de acuerdo, si mi cuenta es mandada a una agencia de coleccion, en pagar los cobros de la agencia. Intereses de 10% por ano sera puesto al balance principal con la agencia. Si accion legal es necesaria para colectar la cuenta, yo entiendo que tengo que pagar los costos del abogado y de la corte. Yo entiendo que duedas que no son pagadas mensualmente pueden ser reportadas a la agencia de creditos.
- Yo doy mi consentimiento a Camelback Women's Health para dar todo o parte de mi expediente medico y/o financiero a mi compania de aseguranza o personas responsables de pagar, que puede ser necesarios parar pagos de los servicious obtenidos. Esto incluye organizaciones de reviso utilizado, companias de servicios medicos, hospital, agencias de gobierno o empleador del paciente (si el seguro medico es obtenida por el empleador).

He leído y estoy de acuerdo con los temas:

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Firma del paciente padre/madre o guarian legal: _____