



Financieras y el acuerdo de consentimiento

**TODOS LOS HONORARIOS PROFESIONALES ESTÁN DEBIDAMENTE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE HAN HECHO ARREGLOS ANTERIORMENTE.**

**PACIENTE ACUERDO FINANCIERO PARA EL FORMULARIO DE LA INOFRMACION**

Los servicios son prestados a la paciente, no la compañía de seguros. Como una cortesía, nuestra oficina presentarán su seguro si se recibe la información adecuada.

a) eres responsable de copagos, deducibles, servicios no cubiertos, coaseguro y elementos que se consideran "médicamente necesaria" por su compañía de seguros.

- 1) b) para las reclamaciones pendientes de pago más de 45 días, es su responsabilidad para el seguimiento con su compañía de seguro y el saldo es considerado adeudadas y pagaderas.
- 2) Es su responsabilidad notificar a nuestra recepción o cualquier cambio de dirección o seguro.
- 3) Usted será responsable de cualquier cargo que se produce si no se nos notifica.
- 4) Cualquier deuda incurrida para recopilar una deuda será a expensas de la parte responsable de paciente.

**AUTORIZACION Y CONSENTIENTO del Paciente**

Yo, \_\_\_\_\_, (si es menor, para \_\_\_\_\_) queda voluntariamente su consentimiento al tratamiento médico, incluidos los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y otros servicios médicos, ofrecidos por el centro Texas A & M Physicians y sus clínicas, médicos, enfermeras o sus representantes autorizados, que en su juicio profesional sean necesarias para proporcionar una atención adecuada de médica, quirúrgica o de emergencia.

Autorizo a Dr. \_\_\_\_\_ o Texas A& M Physicians para presentar reclamaciones de seguro utilizando mi firma en archivo a continuación. Autorizo a la liberación de cualquier información médica necesaria a fin de procesar esta asignación en la reclamación. Autorizar el pago de las prestaciones médicas que se pagará al Dr. \_\_\_\_\_ and / o Texas A & M Physicans para los servicios descritos en el formulario de reclamación.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del paciente (o representante autorizado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE impresa (o representante autorizado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**