

# RESPONSABILIDAD DE PAGO POR SERVICIOS

Yo, \_\_\_\_\_, el paciente abajo firmante, reconozco que entiendo y asumo que:

1. \_\_\_\_\_ (“**la Clínica**”) es un proveedor participante en \_\_\_\_\_ (“**la Empresa**”).
2. Poseo cobertura en uno de los planes de salud pertenecientes a **la Empresa**.
3. El plan de salud en el cual estoy cubierto incluye beneficios para algunos o todos los servicios provistos por **la Clínica**.
4. En descargo de lo arriba expuesto, no deseo que **la Clínica** facture a **la Empresa** por servicios provistos a mi persona por **la Clínica**.
5. Hasta que yo decida y así le notifique a **la Clínica** por escrito, asumo de manera personal el pago de los servicios provistos por **la Clínica** al **la Clínica** de las tarifas descontadas por ChiroHealthUSA.
6. Al asumir la responsabilidad de pago por servicios, cualquier pago que realice a **la Clínica** no será acreditado a saldar cualquier deducible al que esté sometido bajo mi plan de salud con **la Empresa** al menos de que ello sea permitido bajo los términos de dicho plan.
7. He leído esta revocatorio de responsabilidad de pago por servicios y he tenido la oportunidad de efectuar todas las preguntas que podría tener acerca de este documento. Todas las preguntas que podría tener han sido respondidas a mi entera satisfacción.
8. He decidido, de manera propia, el asumir la responsabilidad de pago por servicios después de preguntar a **la Clínica** acerca de las opciones de pago disponibles, y tras considerar dichas opciones de manera detallada.

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable si el paciente es menor de edad o no puede firmar por sí mismo(a).

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Capacidad de la persona responsable (Ej. Padre, guardián, etc.)