

CACTUS CHILDREN'S CLINIC, P.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que es mi responsabilidad mantener informado al consultorio de cualquier cambio en la cobertura de mi seguro de salud, cambio de dirección o de números de teléfono.

También entiendo que es mi responsabilidad informar de cualesquiera y toda la cobertura de seguro que yo pueda tener. Si usted está en un programa asistido por el Estado, como AHCCCS, usted está obligado a proporcionar esa información en el momento de recibir el servicio, cuente o no con un seguro principal privado. También entiendo que si no cumplo con informar sobre la existencia de un seguro principal al consultorio para cobros y mis reclamos son negados, seré responsable por la totalidad del saldo de los reclamos denegados. Si no se paga la cuenta, entiendo que seré responsable de cualesquiera y todos los gastos de cobranza, honorarios de abogados y gastos financieros incurridos como consecuencia de no informar la información anterior en el momento oportuno.

Por la presente declaro que he proporcionado al consultorio la información correcta de mi seguro actual y que no he retenido información alguna necesaria para los reclamos de cobro.

Entiendo que se me hará un cargo de \$25.00 en caso de no presentarme a una cita y que este valor **NO** es cobrable a mi aseguradora, por lo que será mi responsabilidad si no llamo para cancelar mi cita **1 hora antes** de la hora programada para la misma. Entiendo que si mi familia acumula 4 no asistencias en un año, mi familia será dada de baja de la práctica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha: _____