



Community Health Connections

We take great care of you!

www.chcfhc.org

978-878-8100

www.facebook.com/chcfhc

www.twitter.com/chcfhc

Consentimento de Responsabilidade Financeira

Eu, _____, entendo que sou responsável pelo custo dos tratamentos fornecido a mim no centro de saúde Community Health Connections. Eu consinto que os benefícios da minha apólice de seguro serão pagos diretamente ao centro de saúde Community Health Connections, em consideração aos serviços prestados no total valor da minha conta.

É minha responsabilidade fornecer as informações de seguro correta. Qualquer saldo remanescente após os benefícios do seguro terem sido pagos será minha responsabilidade, e o saldo será pago entre 60 dias, ao menos que outros acordos tenham sido discutidos. Eu também entendo que, no caso de negligência, minha conta será enviada para uma agência de cobrança.

O pagamento do 'copay' é devido no dia da consulta.

Eu autorizo o centro de saúde Community Health Connections a liberar qualquer informação adquirida no curso do meu tratamento para minha companhia de seguro.

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura: _____

Data: _____

(Pacientes menores de idade)

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Nome do guardião legal: _____

Assinatura do guardião legal: _____

Data: _____

10/2022