



Community Health Connections

We take great care of you!

www.chcfhc.org

978-878-8100

www.facebook.com/chcfhc

www.twitter.com/chcfhc

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Yo, _____, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por el tratamiento que se me proporcionó en Community Health Connections. Doy mi consentimiento para que los beneficios médicos de mi póliza de seguro se paguen directamente a Community Health Connections, en consideración de los servicios prestados hasta el monto total de mi cuenta.

Es mi responsabilidad proveer la información correcta de mi seguro médico. Cualquier balance restante después de que se hayan pagado los beneficios de mi seguro es mi responsabilidad. Pagaré el restante dentro de los 60 días a menos que se hayan hecho otros arreglos. También entiendo que en caso de incumplimiento, mi cuenta será enviada a una agencia de cobros.

Los copagos vencen en el momento de los servicios.

Autorizo a Community Health Connections divulgar mi información a mi compañía de seguro médico adquirida en el transcurso de mi tratamiento.

Imprimir el Nombre _____

Firma _____

Fecha: _____

(Paciente Menor)

Nombre del Paciente: _____

Fec. Nac.:

Nombre del padre / tutor legal: _____

Firma del padre / tutor legal: _____

Fecha:

10/2022