



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

[www.chcfhc.org](http://www.chcfhc.org)

978-878-8100

[www.facebook.com/chcfhc](https://www.facebook.com/chcfhc)

[www.twitter.com/chcfhc](https://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: \_\_\_\_\_

2/2019