



## **RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACION FINANCIERA**

Gracias por preferir a la Dra. Ana López en el cuidado de sus ojos. Estamos comprometidos en proveerle la calidad más alta en su salud. Solicitamos leer y firmar esta forma, donde usted acepta nuestra póliza financiera como paciente.

### **Responsabilidad Financiera – Paciente**

- Si su **aseguranza es negada por cualquier razón, el paciente debe cubrir el valor total de la visita.**
- Si el **paciente es menor de edad su guardián será responsable por el pago de la consulta.**
- **Noeotros someteremos el recibo de la visita a su aseguranza, por lo cual es importante que el paciente nos entregue la información correcta y completa de su aseguranza.**
- **El paciente es responsable de los pagos, copagos, deducibles y cualquier otro procedimiento que no cubra su aseguranza.**
- **Los copagos se deben realizar al momento de la consulta.**
- **Si pasados 30 días su aseguranza no cubre la visita y procedimientos realizados, usted se hará responsable del pago total de la factura.**
- **En caso de que su cheque resulte sin fondos, habrá un cobro extra \$30.00.**

Con mi firma yo autorizo que el pago realizado por la aseguranza será asignado a la Dra. Ana López por los servicios realizados en la visita. En caso que no tenga seguro yo me hago responsable del pago total de los procedimientos realizados en la consulta.

### **Reconocimiento y autorización**

Noeotros respetamos la confidencialidad del paciente y solo suministramos su información cumpliendo con las leyes estatales y federales.

Con mi firma acepto que he leído las leyes de privacidad suministradas por la Dra. Ana Lopez. Yo autorizo a la Dra. Ana López, su personal y establecimiento asociados el intercambio de información sobre sus reportes médicos.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o responsable:** \_\_\_\_\_