



**CHRISTOPHER W. SERRANO, M.D., P.A.**

FELLOW, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

20726 STONEOAK PKWY SUITE 101, SAN ANTONIO, TEXAS 78258

Phone: (210) 545-7700 ~ Facsimile: (210) 545-7707

BOARD CERTIFIED IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**CONDICIONES DE PAGOS**

He sido notificada que si mi seguro medico no cubre los gastos al Dr. Christopher Serrano por los servicios proveidos por cualquiera de las razones enumeradas a continuación, sere completamente responsable de tal pago(s).

1. Si tengo un deducible.
2. Si mi seguro medico considera que el Dr. Serrano esta fuera de su red.
3. Si algún servicio no esté cubierto por mi seguro médico.
4. Si mi medico de cabecera tiene que haberme referido al Dr. Serrano, y esto no sucedió, y si el seguro médico no paga.

Comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones enumeradas anteriormente. Este acuerdo será efectivo durante mi estancia como paciente con el Dr. Christopher Serrano.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha