



RECONOCIMIENTO FINANCIERO DE RESPONSABILIDA

Nombre De Paciente _____ Fecha de Nascimento _____ Seguro Social# _____

Persona Responsable _____ Fecha de Nascimento _____ Seguro Social# _____

Gracias por escogernos para su cuidado medico de salud. Lo Siguiendo es nuestra Politica financera. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupacion acerca de nuestra politicas de pago, porfavor no dude en preguntar.

Definicion de Terminos:

- Fecha de Servicio: la fecha en cual se da cualquier servicio medico.
- Costo de Cuenta: el costo total de su visita.

Garantia de Pago: Por este medio, reconozco que soy responsable de todos los cargo de servicio y tratamiento que se dio a mi o al paciente indicado en la fecha de servicio y que yo soy la persona responsable.

1. Yo entiendo que todos los deducibles, copagos y cargos aplicables son debidos en el tiempo de servicio. Yo entiendo que tambien los cargos de hospital y parto tienen que ser pagados antes de la fecha de su sirugia o parto.
2. Yo entiendo que esta oficina medica presenta un reclamo ante mi compania de seguros o otro pagador, es solo una cortesia. Bajo ninguna circunstancia me libera de mi responsabilidad por el pago de todos los cargos por los servicios recibidos.
3. Yo entiendo que los servicios de laboratorio se brindan como una cortesía y que todos los servicios de laboratorio, incluidas las pruebas genéticas, son mi responsabilidad de pagar.
4. Firmando este documento, Yo personalmente garantizo el pago de los servicios medicos recibidos. NO presentamos reclamos por compensación laboral o reclamos debido a accidentes / enfermedades o por lesiones personales. Acepto que esta autorizacion sera valida para todas las fechas de servicio.
5. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a Desert Perinatal Associates, si mi corbertura de seguro o compania cambia.
6. Yo Entiendo que es mi responsabilidad cancelar mi cita con 24 horas de anticipación. Soy consciente de que se me cobrará una tarifa de \$25.00 por no cancelar/no presentación.

CONTINUAR CON LA PAGINA 2

Southwest Location: 5761 S. Ft. Apache • Las Vegas, Nevada 89148
Summerlin Location: 10105 Banburry Cross, #430 • Las Vegas, Nevada 89144
Green Valley Location: 3001 Horizon Ridge Parkway • Henderson, Nevada 89052
Phone: (702) 341-6610 • Fax: (702) 341-6961 • www.DesertPerinatalAssociates.com



Terminos de Cuenta de Coleccion: Falla de pagar mi balance dentro de los 30 dias desde la Fecha de Servicio mi cuenta sera Considerada Delinquente y podra resultar en costos e interes adiconales que seran agregados a mi cuenta de balancia a los Sigiente terminos:

1. Cuentas deliquentes despues de 30 dias tarde se empieza acumular un interes de 24% por ano, hasta que se pague en su totalidad.
2. Una cuenta delinque de 60 dias tarde podra ser asignado a una agencia de coleccion a la expensa del paciente.
3. Cualqueir cuenta delinque asignada a un agencia de coleccion se le cobrara un costo adiconal, La cual una vez realizada, se convierte en el balance debido y adeudado de la cuenta. LAS TARIFAS DE COLECCION ESTAN ENTRE EL 40% Y EL 50% DEL BALANCE DEBIDO DESDE LA FECHA DE SERVICIO Y SE AGREGARAN AL BALANCE DEBIDO DE LA CUENTA.
4. Si se requiere una accion legal para cobrar esta cuenta, ademas de cualquier otra deuda de la cuenta, Yo/Nosotros O el representante del paciente que firma este documento se compromete a pagar los intereses segun establecido en este documento y se hace cargo de todos los costos asociados con la activada de cobro. Incluyendo pero no limtando a los costos para el abogado, y otros costos adiconales miscelaneos que la corte judicial podra aplicar.
Excepciones y Exenciones de Colecciones: cargos permitidos bajo los contratos de Medicare XIX (Nevada Medicaid).

Cheques Devueltos: Hay un cargo de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes. Si la compañía de su tarjeta de crédito reclama el pago de tarjeta de crédito y el pago injustamente es devuelto entonces Desert Perinatal Associates, agregará un cargo de \$ 40.00 a su cuenta. Estas cantidades pueden cambiar en cualquier momento.

Asignacion: Si esta cuenta se vuelve delincente Yo/Nosotros autorizamos esta oficina para asignar esta cuenta y/o liberar cualquier informacion a la gencia de coleccion. Adicionalmente si la cuenta esta asignada a una agencia de colecciones, Yo/Nosotros estamos autorizados a reporter esta cuenta delincente a todos las agencias de credito.

Firma de Compresion: Yo he leído y entiendo la política financiera. Firmando este formulario, Estoy de acuerdo con los terminos y condiciones de tratamiento anteriores y entiendo que es mi responsabilidad asegurar que la obligacion financiera de mi cuidado se cumpla. Yo acepto la responsabilidad financiera de todos los cargos incurridos si tengo o no cobretura de seguro.

X _____
Fima del Paciente o Padre/Guradia si el Paciente es menor de los 18 anos _____
Fecha

X _____
Firma y nombre de la segunda persona responsable para el paciente _____
Fecha

*Southwest Location: 5761 S. Ft. Apache • Las Vegas, Nevada 89148
Summerlin Location: 10105 Banburry Cross, #430 • Las Vegas, Nevada 89144
Green Valley Location: 3001 Horizon Ridge Parkway • Henderson, Nevada 89052
Phone: (702) 341-6610 • Fax: (702) 341-6961 • www.DesertPerinatalAssociates.com*