

Patient Financial Responsibility Letter
Paciente Carta de Responsabilidad Financiera

Date: _____

To/ Para: Dr. Tandon

If it should be determined that I am not eligible for benefits or that this service is not covered through my insurance plan, I, _____, Father/Mother/Guardian of _____ agree to pay Dr. Smita Tandon, DR2KIDS, the usual and customary charges incurred for medical services rendered to myself or my dependents.

Si se determina que no soy elegible para los beneficios o que este servicio no está cubierto a través de mi plan de seguro, _____, padre o madre/tutor de _____ acepto pagar Dr. Smita Tandon, DR2KIDS, los gastos habituales y consuetudinarios generados por los servicios médicos prestados a mí o a mi cargo.

Parent/Guardian's Name / de nombre

Signature / firma

Relationship to Patient / Relación con el paciente

Permission to Allow Observers/ Students/ Residents in Rooms
Permiso para permitir observadores / estudiantes y residentes en habitaciones

Our clinic participates with UCI and other Teaching Institutions as a teaching clinic in which Medical Students, Residents, Fellows, Nurse Practitioner Students, Observers and other Personnel Observe, Communicate with and examine the Patients. Your signature here permits your child to be seen with and by these members. If at any time you do NOT wish to participate in teaching sessions, please inform one of our staff members. On behalf of all learners we thank you for your cooperation.

Nuestra clínica participa con la UCI y otras instituciones de enseñanza como una clínica de enseñanza en el que los estudiantes de medicina, residentes, becarios, enfermera practicante estudiantes, observadores y demás personal observar, a comunicarse con y examinar a los pacientes. La firma aquí permite al niño a verse con y por los miembros. Si en cualquier momento no desea participar en las sesiones de enseñanza, por favor a uno de nuestros funcionarios. En nombre de todos los estudiantes le agradecemos su colaboración.

Print Name / de nombre

Relationship to Patient/ Relación con el paciente

Signature / firma

(_____)_____
Telephone Number/ Número de teléfono

Address /Dirección

City, State, Zip Code / ciudad, Estado, código postal

11100 Warner Avenue, Suite 368, Fountain Valley, CA 92708-7514

Phone: 714 241 1777

Fax: 714 241 7221

Web Site: www.dr2kids.com

email: doctor@dr2kids.com