



Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente

Yo, _____, la que suscribe, me doy cuenta de que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados a mí por Breast Care for Washington o los servicios prestados a mí bajo la dirección de la Dra. Regina Hampton, directora médico o doctora Martha Garrison, Radiólogo principal.

Marque una o más de las siguientes:

_____ Breast Care for Washington facturará mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable por cualquier co-pago o deducible para mi examen.

_____ Breast Care for Washington no participa con mi seguro medico. Al elegir un centro o un médico fuera de la red seré responsable del pago de todos los gastos que no son pagados por mi compañía de seguro.

_____ Yo no quiero que mi compañía de seguro se facture. Voy a ser responsable del pago de todos los servicios prestados.

_____ Tengo un “opt-out” o fuera de beneficios de la red y seré responsable del pago de cargos no cubiertos por mi compañía de seguro.

_____ Entiendo que no cumpla con los criterios de elegibilidad para cualquiera de los planes de asistencia financiera de BCW y que me han ofrecido una tarifa de escala móvil para mi examen(es) de los que soy responsable.

Nombre de la Paciente _____
(Por favor escriba)

Paciente o Padre/guardián _____ Fecha _____
(Firma)

Testigo _____ Patient Account # _____