

CAPITAL OB/GYN, INC.

Obstetrics Gynecology

77 Cadillac Drive, Suite 230
Sacramento, CA 95825

2101 Stone Blvd., Suite 110
West Sacramento, CA 95691

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo y estoy en acuerdo que soy financieramente responsable por cualquier y todos los cobros por servicios cuales no estén cubiertos por mi seguro medico.

Entiendo y estoy en acuerdo que es mi responsabilidad y **no** la responsabilidad del medico o CAPITAL OB/GYN, Inc. Saber si me seguro medico pagara por servicios o visitas.

Entiendo y estoy en acuerdo que es me responsabilidad saber si me seguro medico tiene algún Deductible, Co-Payment, Co-Insurance, cantidad de Out-Of-Network, limite habitual y consuetudinario, u otro tipo de limitación de beneficios para los servicios que recibo, y estoy en acuerdo hacer el pago completo.

Entiendo y estoy en acuerdo que es mi responsabilidad saber si el medico o proveedor cual estoy viendo esta contractados in-Network proveedor reconocido podra compañía de mi seguro medico o plan. Si el medico o proveedor cual veo no esta reconocido por la compañía de mi seguro medico o plan, podrá resultar en reclamos negados o altos fuera de bolsa expensas para mi. Entiendo y estoy en acuerdo ser financieramente responsable y hacer el pago completo.

Firma: _____ Fecha: _____

(Por favor firme aquí – Paciente o Parte Responsable)

Nombre del Parte Responsable: _____

(Por favor apunte el nombre del Parte Responsable si es diferente del paciente)