

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de cuenta _____

Fecha del servicio _____

Estimado paciente:

El presente es para informar a usted que su seguro comercial o Medicaid pueden no cubrir **los servicios de White Plains Hospital**.

El hospital presentará una reclamación en su nombre, pero si su compañía de seguros rechaza dicha reclamación, le facturaremos los gastos en los que haya incurrido. Usted será responsable del pago a White Plains Hospital.

Declaro que he leído este formulario, que acepto que el hospital preste los servicios indicados antes y que me responsabilizaré personalmente de los cargos hospitalarios o cualquier importe que mi compañía de seguros no cubra.

Firma del paciente o representante

Fecha