

Our Financial Policy (Nuestra Política Financiera)

Welcome to our office. Thank you for choosing us as your healthcare provider. We are committed to providing you with the highest quality of health care. The following is a statement of our financial policy which we require you to read and sign prior to any treatment. (Bienvenidos a nuestra oficina. Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.)

- **Payment is due at the time of service** (El pago es debido en el momento de servicio)
- **All co-pays and deductibles are due at time of treatment**
(Todos los co-pagos y deducibles son debidos al momento del tratamiento)
- **We accept** (aceptamos) **Cash, Visa, and Mastercard**

For Patients with Insurance (Para Pacientes con Seguro)

We do accept assignments of insurance benefits for most of the Medical Insurance Companies. You are responsible for the unpaid balance not covered by your insurance company. Please provide us with an updated insurance card. (Aceptamos asignaciones de beneficios de seguro para la mayoría de las compañías de seguros médicos. Usted es responsable por el saldo insoluto no cubiertos por su compañía de seguros. Por favor envíenos una tarjeta de seguro actualizada.)

Your medical insurance policy is a contract between you and your insurance company.
(Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros.)

All balances need to be paid in full within 60 days.
(Todos los saldos deben ser pagados en su totalidad dentro de 60 días.)

There is a \$25.00 handling fee for all non-sufficient funds checks.

There is a \$25.00 no-cancellation fee.

(Hay una tarifa de manejo de \$ 25.00 para todos los cheques con fondos insuficientes.

Hay una tarifa de no cancelación de \$ 25.00.)

I have read the financial policy. I understood and agree to this financial policy.
(He leído la política financiera. Comprendí y acepto esta política financiera.)

Signature of Patient or Responsible Party:

(Firma del paciente o del responsable)

Date:

(Fecha)

Printed Name of Patient or Responsible Party:

(Escribir nombre del paciente o del responsable)

____/____/____
Date of Birth (mm/dd/yyyy):

(Fecha de Nacimiento)