

THE PEDIATRIC LUNG CENTER
FNA-Division of Pulmonology

2730-A Prosperity Avenue
Fairfax, VA 22031

19450 Deerfield Avenue, Suite 400
Leesburg, VA 20176

P (703) 289-1410 | F (703) 289-1420

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nac:** _____

Responsabilidad de Estado Financiero

Yo, _____, el firmante, certifica que (y/o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con _____ y directamente asigno The Pediatric Lung Center todos los beneficios del seguro, si hay alguno, de lo contrario darne a cuenta los servicios dados. Por la presente, autorizo The Pediatric Lung Center emitir toda la información médica necesaria para procesar los cobros. En consideración a los servicios de salud prestados o que se va a prestar a través The Pediatric Lung Center al paciente, por este medio yo garantizo pagar The Pediatric Lung Center los reclamos de todos los cargos por servicios y gastos imprevistos en representación del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de los cobros no cubiertos por mi compañía de seguro, incluyendo deductibles, co-seguro y los servicios no pagados. En caso que falte el pago *por alguna razón*, yo garantizo pagar todos los costos de colecciones, incluyendo los honorarios razonables de abogado. Si no tengo seguro o prefiero pagar en privado, entiendo que el pago se debe de hacer en su totalidad al momento del servicio. Esta Declaración de Responsabilidad Financiera es válida hasta que sea revocada por escrito.

Si usted esta esperando la aprobación de Medicaid, por favor indique a continuación el nombre de su trabajador del caso y la fecha cuándo se completó la solicitud. Por favor tenga en cuenta que tendrá que pagar \$25 de depósito por cada visita realizada The Pediatric Lung Center mientras que su aplicación de Medicaid esta en espera o hasta que sea aprobada.

Para los Pacientes con Medicaid en Espera, por favor proveer la siguiente información:

Nombre del trabajador del caso Número de teléfono del trabajador del caso Fecha cuándo se completo la aplicación

Su firma a continuación indica el cumplimiento de las responsabilidades financieras.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Front Desk Staff: please provide a copy of this document to the individual signing the form.