



Fairfax Neonatal Associates  
Pediatric Lung and Allergy Center 703.289.1410  
Pediatric Surgical Group 703.560.2236  
Pediatric and Adolescent Sleep Center 703.226.2290

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

### Responsabilidad Del Estado Financiero

Yo, \_\_\_\_\_, el firmante, certifico que (y/o mi dependiente) tiene cobertura  
(Escriba su nombre)

de seguro con \_\_\_\_\_ y directamente asigno a Fairfax Neonatal Associates, PC todos los beneficios del seguro, si hay alguno, de lo contrario yo soy responsable de los gastos. Por la presente autorizo a Fairfax Neonatal Associates, PC 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 travez de Fairfax Neonatal Associates, PC al paciente, por este medio yo garantizo pagar a Fairfax Neonatal Associates, PC 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 por mi cuenta, entiendo que el pago se debe hacer en su totalidad al momento del servicio. Esta Declaración de Responsabilidad Financiera es válida hasta que sea anulada por escrito.

Si esta esperando la aprobación de Medicaid, por favor dar a continuación el nombre del trabajador social de Medicaid, número de teléfono y la fecha cuándo se completo la solicitud. Por favor tenga en cuenta que tendrá que pagar \$25 de depósito por esta visita y por todas las visitas que haga mientras el Medicaid esta pendiente o hasta que sea aprobado.

Los pacientes con Medicaid en espera, por favor dar la siguiente información:

Nombre del trabajador del caso \_\_\_\_\_ Número del teléfono del trabajador del caso \_\_\_\_\_ Fecha cuándo se complete la aplicación \_\_\_\_\_

Entiendo que Fairfax Neonatal Associates, PC reserva el derecho de cobrar por cancelación tardía (menos de 24 horas de notificación) o perdida de una cita a los pacientes/familiares que han perdido su cita programada un cobro de \$50.00 , \$150.00 por perder una cita del reto alimenticio y \$250.00 por haber perdido una cita del studio del sueño. Además, después de haber perdido tres (3) citas consecutivas o haber perdido (3) citas en el transcurso de dos años, sin haber notificado ; FNA reserva el derecho de no programar más citas para el paciente conforme al Código Administrativo de VA 18VAC85-20-28.

Su firma a continuación indica la responsabilidad de aprobación financiera .

Firma: \_\_\_\_\_ Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_