

Reconocimiento del Paciente sobre la Póliza de Seguro para Exámenes Físicos Anuales

Nombre del Paciente: _____

Fecha de la Cita: _____

Este aviso es para informarle que, según nuestra experiencia con su plan de seguro, los exámenes físicos realizados con menos de 12 meses de diferencia normalmente no son reembolsados por su compañía de seguros.

Recomendamos encarecidamente no programar exámenes físicos antes del período permitido por su plan, ya que entendemos que nadie quiere ser responsable de cargos que de otro modo podrían ser cubiertos por su seguro sin costo de su bolsillo.

Si usted está recibiendo este aviso, es porque:

- No hemos recibido confirmación o aprobación de su seguro de que la visita de hoy será cubierta.
- Existe la posibilidad de que los cargos por la visita de hoy sean su responsabilidad si la reclamación es denegada debido al tiempo transcurrido desde su último examen físico.

A continuación se muestra una estimación de los cargos de hoy, incluyendo cualquier vacuna aplicable:

Cargos Estimados: \$ _____

Reconocimiento:

He leído y entiendo la información anterior. Reconozco que si mi seguro niega esta visita por haber ocurrido con menos de 12 meses desde mi último examen físico, puedo ser completamente responsable del costo de la visita de hoy, incluyendo cualquier vacuna administrada.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____