

REVOCATORIO DE RESPONSABILIDAD DE PAGO POR SERVICIOS

Yo, _____, el paciente abajo firmante, reconozco que entiendo y asumo que:

1. He firmado una responsabilidad de pago por servicios el _____.
(FECHA FIRMADA)
2. Continúo bajo cobertura del plan de salud ofrecida por _____ (“la Empresa”) con el cual _____ (“la Clínica”) continúa participando.
3. Con mi firma abajo. Revoco mi elección anterior de responsabilidad de pago por servicios, e instruyo a **la Clínica** que empiece a facturar mi plan de salud por los servicios ofrecidos por **la Clínica**.
4. El plan de salud con el que estoy cubierto podría limitar la cobertura de servicios ofrecidos por **la Clínica** y/o puede someterme a un deducible que debe ser pagado antes de que cualquier beneficio sea provisto por el plan.
5. Asumo la responsabilidad por el costo de cualquier servicio provisto a mi persona por **la Clínica** que no esté cubierto por mi plan de salud en medida consistente con los términos de mi plan de salud.
6. **La Clínica** facturará por servicios a un **la Empresa** de las tarifas contratadas como proveedor participante del plan de salud, las cuales podrían ser más altas que las tarifas descontadas de ChiroHealthUSA ofrecidas a pacientes que eligen asumir la responsabilidad del pago de los servicios provistos.
7. He leído esta revocatorio de responsabilidad de pago por servicios y he tenido la oportunidad de efectuar todas las preguntas que podría tener acerca de este documento. Todas las preguntas que podría tener han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o la persona responsable si el paciente es menor de edad o no puede firmar por sí mismo(a).

Nombre del paciente o la persona responsable

Capacidad de la persona responsable (Ej. Padre, guardián, etc.)