



**Roland J Dominguez MD PA**

2829 Babcock, Suite 407

San Antonio, TX 78229

P (210) 614-5437 F (210)949-5051

### **Poliza Financiero**

Bienvenidos a Roland J Dominguez MD PA, especializado en el cuidado de sus hijos. Por favor tome tiempo para leer las polizas financieras siguientes. Le pedimos que firme este reconocimiento financiero antes de recibir cualquier tratamiento. Por favor guarde una copia de este documento para consultarlo en el futuro.

#### **Seguro:**

Antes de la visita de su hijo, vamos a tratar de verificar la elegibilidad y beneficios con su compañía de seguros. Por favor traiga su tarjeta del seguro médico a cada cita. El no hacerlo puede resultar en cancelación de la cita. Usted es responsable de cualquier co-pago requerido por su compañía de seguros antes de recibir los servicios. Usted también es responsable de cualquier deducible o servicios no cubiertos, según lo requerido por su seguro.

#### **Poliza de tarjeta de Credito/Cheque:**

MasterCard, Visa, Discover, American Express y cheques personales son aceptados por los servicios prestados. Su tarjeta de crédito / cuenta bancaria se cargará en el mismo día de servicio.

#### **Sin Seguro:**

El pago será debido en el momento del servicio. Si usted no puede pagar su balance en completo, usted tendrá que hacer arreglos previos con nuestra oficina.

#### **Notificación del recién nacido:**

Por favor, asegúrese de que usted notifique a su compañía de seguros de su recién nacido para que el bebé se puede agregar a su proveedor de seguros.

#### **Por favor revise las siguientes afirmaciones sobre la asignación de los beneficios:**

- La oficina va a presentar un seguro para todos los servicios reembolsables, tanto a sus compañías de seguros primarios y secundarios. Recuerde que usted es responsable de todos los deducibles, co-pagos, y servicios que no son cubiertos.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo correspondiente (s).
- Yo autorizo el pago de beneficios médicos a Roland J Dominguez MD, PA.
- Una copia de este documento será válido como el orginial.

"Yo, el garante del pago y la persona responsable, de acuerdo con las polizas anteriores y de acuerdo con los términos de pago y con respecto a las responsabilidades de pago."

---

Firma del Tutor y Paciente

---

Fecha

---

Imprimir el Del Padre/ Tutor

---

Nombre del Paciente y Fecha de Nacimiento