



Acuerdo de Pago Propio

Se le está entregando esta carta de reconocimiento porque ha solicitado que su visita de hoy sea codificada como "pago por cuenta propia".

Queremos que sepa qué esperar para que pueda tomar una decisión informada. Para lograr esto, al firmar a continuación usted acepta lo siguiente:

- Usted será responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que le proporcione Complete Integrative Care, Complete Care Health Centers y Complete Care Laboratories.
- Se cobrará un **DEPOSITO** de \$125 al registrarse, antes de cada cita con su proveedor. Los \$125 se aplicarán a su saldo para los servicios prestados. **Recibirá una factura por el saldo restante de los servicios prestados ese día.**
- Todas las tarifas por el servicio deben pagarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de dichos servicios.
- Se ofrece un descuento de pago por cuenta propia a los pacientes que eligen pagar los servicios de laboratorio en su totalidad en la fecha de servicio.
- Se ofrece un descuento de pago por cuenta propia a los pacientes que optan por pagar por todos los demás servicios (sin incluir los servicios de laboratorio) en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción de esos servicios.

Por mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo lo anterior y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que soy el paciente, o el representante autorizado del paciente.

Nombre Impreso del Paciente o Representante

Fecha

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Representante