



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nº de historia clínica: \_\_\_\_\_  
Nº de expediente: \_\_\_\_\_

ACUERDO FINANCIERO

Por medio de la presente, yo acuerdo o nosotros acordamos lo siguiente:

1. Garantía de pago. Se ha prestado o se prestará atención médica al paciente cuyo nombre se indica abajo. Yo seré o nosotros seremos, tanto juntos como individualmente, totalmente responsables por el pago de la factura del paciente, que se basa en los cargos incurridos que yo acepto o nosotros aceptamos ahora como justos y razonables. Las *University Faculty Practice Corporations* (corporaciones de médicos profesionales de la facultad universitaria) podrían exigir el pago total de la factura del paciente en cualquier momento, pero las *University Faculty Practice Corporations* no están obligadas a hacerlo así. Incluso si las *University Faculty Practice Corporations* no exigen el pago inmediato, mi o nuestra obligación de hacer tal pago continúa siendo la misma.
2. Casos donde la cobertura del seguro del paciente sea insuficiente. Si cualquier cobertura de seguro que el paciente pudiera tener, tal como *Blue Shield, Medicare, Medicaid*, indemnización o alguna otra cobertura, rechazara el reclamo del paciente o autorizara solamente una parte del reclamo, yo seré o nosotros seremos responsables del pago inmediato del saldo a pagar en la medida permitida por la ley.
3. El Acuerdo. Yo he leído y entendido o nosotros hemos leído y entendido este Acuerdo, y también he recibido o hemos recibido una copia del mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que garantiza el pago

UNIVERSITY FACULTY PRACTICE  
CORPORATIONS

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que garantiza el pago

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador

\_\_\_\_\_  
Dirección del empleador

\_\_\_\_\_  
Testigo