



Sólo para uso oficial

Group #: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**University Associates in Obstetrics & Gynecology  
P.O. Box 1559  
Stony Brook, NY 11790**

**GARANTÍA DE PAGO**

Muchas compañías de seguro, incluso las organizaciones de cuidado gestionado, requieren de previa autorización escrita para el tratamiento y las citas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguro antes de recibir los servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o le han rechazado la autorización, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su seguro no está de acuerdo en pagarlos. Además, será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier pago que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que la compañía de seguro determine que no es "médicamente necesario".



He leído y entiendo esta información. Entiendo que mi compañía de seguro podría negar cobertura y solicito que de todas formas University Associates in Obstetrics & Gynecology preste este servicio médico. Estoy de acuerdo en ser total y personalmente responsable por todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente depende de esta promesa y está prestando servicios sin requerir pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante  
/ fiador legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha