



PATS
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT
&
TREATMENT SERVICES, LLC
FOSTERING CHANGE. FOSTERING GROWTH

Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.

Licensed Psychologist

Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.

Licensed Mental Health Counselor

Responsabilidad financiera

Información importante sobre su cuenta

Declaración de responsabilidad financiera

Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta, y por la presente asumo y garantizo el pronto pago de todos los gastos incurridos.

Aviso de servicios "no cubiertos"

Soy consciente de que a veces los seguros pueden considerar algunos servicios como "no cubiertos" por la compañía de seguros, Medicare o Medicaid, por lo tanto, seré totalmente responsable del pago de estos servicios.

Renuncia a las cláusulas "Usual, habitual y razonable" (para pacientes con cobertura "fuera de la red").

Reconozco que la tarifa cobrada por la práctica por los servicios prestados a mí, o a la persona por la cual asumo la responsabilidad financiera, puede exceder las tarifas consideradas "habituales, habituales y razonables" debido a los servicios especializados de nuestro médico. Sin embargo, acepto pagar las tarifas de práctica en su totalidad, incluso si el monto es mayor que lo que me reembolsa de mi compañía de seguros.

Entiendo que, como parte de mi tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede ser necesario divulgar información de salud a otra entidad, p. referencias a otro proveedor de atención médica. Entiendo que mi información puede ser utilizada o divulgada, sin una autorización según lo permita o exija la ley.

Firma del padre / guardian

Fecha

Imprimir el nombre de la persona que firma

Si no es el paciente (Nombre del paciente) _____

Está firmando, ¿es usted tutor legal, custodio o tiene un Poder para este paciente para tratamiento, pago u operaciones de atención médica? Si o no

2901 West St Isabel Street, Suite A-1, Tampa FL 33607

Tel: 888-666-3089

www.patsconsultants.com