

**POLITICAS FINANCIERAS Y AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Estamos obligados a ofrecerle los mejores cuidados posibles y dispuestos a discutir con usted nuestros honorarios profesionales. Su claro entendimiento de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional.

Debemos enfatizar que como proveedores de cuidados de la salud, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.

- \* Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros.
- \* Confirmación telefónica y por escrito de su co-pago no es necesariamente una garantía de pago.
- \* El co-pago requerido debe ser realizado al momento en que se vence el servicio.
- \* Su co-pago es solamente un estimado.

Los pagos por servicios se vencen al momento en que se ofrece el servicio, si es que no se han realizado previos arreglos de pago en nuestra oficina. Usted es responsable por pagos a tiempo de su cuenta.

Pagos tardíos serán sujetos a un interés anual del 24%. Si es aplicable, usted será responsable por costos de abogados y/o agencias de colección que podamos incurrir.

**Yo he leído la información de arriba; Yo comprendo y estoy de acuerdo que Yo soy responsable por los pagos de los servicios profesionales ofrecidos.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Reconocimiento de recibo de los avisos de las prácticas de privacidad**

Yo, \_\_\_\_\_, estoy consciente de las prácticas de privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha