

Nombre del Paciente: _____

MR#: _____

Ingresos No declarado Formulario de Verificación

Yo _____, entiendo a no proporcionar a los de Centros Médicos Borinquen con el comprobante de ingreso dará lugar a ser colocado en Escala de honorarios E después de dos visitas al médico consecutivos. Acepto que se me ha dado una cita con un especialista de elegibilidad en:

Fecha: _____

Hora: _____

Yo sé que mi elegibilidad para una serie de opciones de seguro será determinado por esta evaluación. Se me ha dado la lista de documentos necesarios para esta revisión. Sé que si dejo de asistir a esta cita yo permaneceré en Escala de honorarios E hasta que proveer prueba de ingresos mediante la presentación de una revisión de elegibilidad.

A continuación, se enumeran los honorarios que voy a incurrir:

- Primera visita: \$ 60 Laboratorio: \$ 30
- Segunda visita: \$ 60 Laboratorio: \$ 30
- Tercera visita: \$ 260 Laboratorio: \$ 75 (Escala de honorarios E)

Al firmar a continuación Entiendo y estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____