

Declaración de Política Financiera

Es nuestra política facturarle a su compañía aseguradora como una cortesía, aunque usted es responsable de la cuenta entera cuando los servicios son proveídos. Es requerido que usted haga su parte estimada del pago en cada visita. Si su compañía aseguradora no hace el pago cometido dentro de 60 días, usted deberá el balance total. Si algún fondo es pagado en exceso por su compañía aseguradora, el crédito le será prontamente reembolsado.

Acuerdo con el Paciente

Entiendo y estoy de acuerdo que si dejo de hacer alguno de los pagos de los cuales soy responsable en una manera adecuada, después de tal falta y en el caso de envío a una agencia de colección o abogado por *Amber Hill Physical Therapy Inc.* yo seré responsable de todos los gastos de colección de las sumas debidas, incluso costos del tribunal, honorarios de agencia de colección y honorarios de abogado.

Estimado pago del paciente % _____

(La información de la cobertura estimada es proporcionada como una cortesía, pero no es intencionado a liberar al paciente de la responsabilidad del saldo total de la cuenta.)

Paciente o Persona Responsable _____ Fecha ___ / ___ / ___

Representante de AHPT _____ Fecha ___ / ___ / ___

Acuso de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

_____, he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad de *Amber Hill Physical Therapy Inc.* El aviso tiene la fecha de abril 14, 2003.

Fecha: _____

En lugar de la firma del paciente, yo, _____,
empleado/a de Amber Hill Physical Therapy Inc, declaro que

ha sido dado nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Fecha: _____