

**HCA Physician Services**  
**Neurosurgeal Specialists of El Paso, PLLC**  
**ATENCION PACIENTES**

**Servicios Medicos**

Esto es un informe que su compañía de seguros puede o no puede reembolsar al médico por los servicios médicos proporcionados. La cantidad facturada puede o no puede ser negada por su seguro que sale el equilibrio como su responsabilidad financiera.

Firmando abajo, usted reconoce la comprensión de responsabilidad financiera posible para los servicios médicos que usted recibe en esta facilidad.

\_\_\_\_ OPCION UNO – SI . Quiero recibir estos servicios. Entiendo que mi compañía de seguros posiblemente no pague por servicios en esta facilidad. Concuerto en pagar la cantidad completa de los servicios yo mismo si la compañía de seguros no paga.

\_\_\_\_ OPCION DOS - NO. He decidido no recibir estos servicios.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Número del seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_