



Jonathan E. Greenleaf, M.D.
Richard H. Edelson, M.D.
Raymond R. North, M.D.
Kevin J. Murphy, M.D.
Sheri Cameron, PA-C
Valerie Nipper, PA-C
Lyn Shannon, PA-C

EL PACIENTE ACEPTA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, _____ Número de Cuenta: _____

entiendo que todos o parte de LOS SERVICIOS ORTOPEDICOS Y PROVISIONES que estoy por recibir son de mi responsabilidad financiera, en caso de que no estén cubiertos por el programa de mi plan de salud, y yo escogiera obtener estos servicios.

Yo entiendo que **mi seguro personal, compensación del trabajador, o reclamos por accidente de vehículo** no ofrecen garantía de pago.

Yo entiendo que tengo la responsabilidad de obtener cualquier referencia a un MEDICO ESPECIALISTA requerida por mi MEDICO DE CUIDADO PRIMARIO conforme se describe en el acuerdo de mi compañía de seguro. Esto podría incluir los Rayos X, los procedimientos del diagnóstico, y cualquier otro tratamiento que se haga en esta oficina además de la consulta de hoy.

Yo entiendo que **Medicina Deportiva-Oregon no tiene contrato con OHP/Welfare ni con United HealthCare**, y si yo escogiera obtener los servicios y no estuvieran cubiertos, estoy de acuerdo en pagar personalmente los servicios que yo reciba.

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____