



SANDHILLS MEDICAL FOUNDATION, Inc.

CERTIFICACIÓN DE PAGO POR VISITA

Nombre del Paciente(Porfavor imprimir):_____

TODOS LOS SOLICITANTES FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE:

La politica relativa al programa de honorarios corrientes dice que el solicitante debe presentar su comprobante de ingresos en un plazo de 14 dias. Si no entrego esta información en el tiempo asignado,tendré que presentar una nueva solicitud junto con una prueba de ingresos.Nose otorgarán descuentos hasta que complete y nose ofrecerán descuentos en las visitas anteriores ala fecha de la nueva solicitud.

También entiendo que sim is ingresos deben cambiar que estoy obligado a notificar a la recepcionista durante mi próxima visita a la clinica. Tambien entiendo que debo volver a certificar cada doce meses.

También entiendo que debo informar a Sandhills Medical Foundation,Inc. si yo o cualquier persona en mi hogar se ve cubierto por cualquier póliza de seguro de salud. Sandhills Medical Foundation,Inc. tiene mi permiso para facturar cualquier seguro

Yo, _____, comprendo los requisitos de actualización para todos los solicitantes de este programa. Estoy de acuerdo en cumplir con estos requisitos.

Firma:	Fecha:	Iniciales de la repcionista:
--------	--------	---