**NOTICE OF PATIENT'S RESPONSIBILTY POLICY**

**AVISO DE POLITICA DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

• **SERVICE PROVIDED WITHOUT REFERRAL/AUTHORIZATION**

I acknowledge for today’s visit that I will assume full financial responsibility for services rendered to me if my insurance carrier denies or does not cover my claim for these services.

• **SERVICIOS PRESTADOS SIN REMISION Y AUTORIZACION**

Reconozco que para la visita de hoy yo tengo la responsabilidad financiera total, si mi compañía de seguro niega o no cubre mi reclamo para estos servicios.

• **MEDICAL NECESSITY**

If my insurance determines that medical services are not covered, I acknowledge that I have been notified and will assume full responsibility for the services rendered at AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation.

• **NECESIDAD MEDICA**

Si mi seguro determina que los servicios médicos no están cubiertos, reconozco que han sido notificados y asumiré toda la responsabilidad por los servicios prestados en AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation.

**• COPAY**

I understand that I am responsible to pay all copays at the time of service. Co- pay's cannot be waived at any time by the provider of service at AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation.

.

**• COPAGOS**

Entiendo que soy responsable de pagar todos los copagos en el momento de servicio antes de ser atendido. Los copagos no pueden ser eliminados en ningún momento por el proveedor de servicios en AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation.

**• DEDUCTIBLES**

If my insurance determines that I have not met my deductible. I understand that I will be fully responsible for payment in a timely manner, no more than 30 days from receipt of notification by the insurance carrier and/ or AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation. Deductibles cannot be waived at any time by the provider.

**• DEDUCIBLES**

Si mi seguro determina que no he alcanzado mi deducible. Entiendo que seré completamente responsable del pago de manera oportuna, no más de 30 días después de recibir la notificación por parte del seguro y de AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation. El proveedor no puede renunciar a los deducibles en ningún momento.

• **AGREEMENT TO PAY**

I have read and understand the above. I have been notified above by this provider that I am fully responsible for all services that are not covered or services that are denied. I understand and agree to be financially responsible.

• **ACUERDO DE PAGO**

He leído y entendido lo de arriba. Este proveedor me ha notificado anteriormente que soy totalmente responsable de todos los servicios que no están cubiertos o de los servicios que se niegan. Entiendo y acepto ser financieramente responsable.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patient's Signature/ Firma del paciente Date/ Fecha**