



Reconocimiento De Seguros

Reconozco que si mi seguro no cubre los servicios dados ami, sere responsable de cualquier equilibrio. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a **Retina Institute Of California** de cualquier cambio de mi seguro. Si no nos notifica de los cambios seguros, usted sera responsable de los servicios realizados y recibira una fractura en el correo. Entiendo que cualquier saldo de la cuenta es mi responsabilidad pagar en su totalidad.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma de Paciente: _____ Fecha de Hoy: ____/____/____

Si usted tiene algunas otras preguntas por favor sientase libre de preguntar ala recepcionista. Tambien puede

Contactar a nuestro departamento de facturacion al (626) 574-0022

Gracias