



# Poliza de Coleccion

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo y me hago responsable por todos los cobros sin importar la cobertura del seguro médico. En el momento que deje de pagar mi cuenta y sea mandada al servicio de colección, yo estoy de acuerdo en pagar todas mis deudas de colección y cobros legales que se puedan agregar a mi cuenta.

Regresos de cheques: Se le agregara un cargo a su cuenta de \$25.00 dólares por hacer pagos con una cuenta de cheques sin fondos.

Si usted vuelve a pagar con una cuenta de cheques sin fondos por segunda vez, se puede mandar al servicio de colección para recuperar el pago

Firma del paciente o responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_