



*PO Box 670207 Marietta, GA 30066  
Oficina 678-503-8702, Fax 678-503-8912*

[www.koolkidzpt.com](http://www.koolkidzpt.com)

### **Acuerdo Financiero, Garantía de Cuenta**

El abajo firmante entiende, con referencia a los servicios que han proveído al paciente, que él está obligado para pagar puntualmente la cuenta de Kool Kidz, Inc. de acuerdo con las tarifas y condiciones de la consulta. Yo entiendo que las servicios de terapia física/ocupacional están proveído y cobrado al paciente y no a la compañía de seguros. Kool Kidz, Inc. no puede aceptar la responsabilidad completa para el cobro para su reclamación al seguro, tampoco para negociando un acuerdo disputado.

Estoy de acuerdo con ser responsable para todos deductibles, coaseguro y partes de servicios al paciente que no son cubiertos.

ESTA FORMA ME HA SIDO EXPLICADO COMPLETAMENTE Y YO CERTIFICO QUE ENTIENDO SU CONTENIDO Y ACEPTO SU CONDICIONES.

La firma del fiador \_\_\_\_\_ La fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### **Contracto de beneficios del seguro medico y la autorización para liberar información**

Yo autorizo el pago medico directamente a Kool Kidz, Inc. de algunos beneficios del seguro medico que me son pagadero, incluyendo el seguro medico, pero no puede sobrepasar el honorario regular para los servicios proveen a:

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

Yo autorizo Kool Kidz, Inc. para liberar información sobre este tratamiento/cuenta a alguna persona o corporación, incluyendo pero no están limitado a, compañías de seguros, programas de subsidios, o el empleador del paciente que está necesario para asegurar un pago en hora.

ESTA FORMA ME HA SIDO EXPLICADO COMPLETAMENTE Y YO CERTIFICO QUE ENTIENDO SU CONTENIDO Y ACEPTO SU CONDICIONES.

La firma del asegurado \_\_\_\_\_ La fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_