

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al firmar a continuación, acepto asumir la responsabilidad del pago de todos los costos, cargos y tarifas a SWFGC por los servicios prestados que no hayan sido pagados por el seguro u otros programas de terceros pagadores en los que esté inscrito. Entiendo que puedo ser responsable de pagar alguno o todos los siguientes:

- **COPAGOS**
- **MONTO DEDUCIBLE**
- **COASEGURO**
- **HONORARIOS POR SESIONES DE TERAPIA QUE RECIBA EN, O A TRAVÉS DE SWFGC**
- **TASAS POR OTROS SERVICIOS DE SOPORTE EN O A TRAVÉS DE SWFGC**

Entiendo que, si no mantengo la cobertura de seguro, proporciono la información actual de la póliza a SWFGC, comunico los cambios de la póliza de seguro a SWFGC o proporciono a SWFGC la información necesaria para facturar a cualquiera que pague un seguro o un pagador tercero, se considerará que soy financieramente responsable y todas las tarifas por los servicios provistos por SWFGC deberán pagarse en su totalidad al momento del servicio.

IMPRIMA SU NOMBRE

FIRME SU NOMBRE

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA