



## FORMA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que asumo la completa responsabilidad financiera por todo pago compartido adeudado, participación de costos de obligaciones, por servicios específicos otorgados que no sean cubiertos totalmente por los beneficios de mi seguro médico por servicios que me sean brindados en UMMA Community Clinic.

Acepto que el pago de beneficios por servicios brindados sea asignado a UMMA Community Clinic.

---

Nombre del paciente en letra de imprenta

---

Fecha de nacimiento del paciente

---

Firma del paciente o tutor

---

Fecha

---

Relación con el paciente