WOMEN'S SPECIALTY CENTER

Dallas, TX
(214) 942 - 3100
contact@wscdallas.com
www.womens-specialty-center.com

FINANCIAL WAIVER

PATIENT NAME:
NOMBRE DEL PACIENTE:

_____

DATE OF BIRTH
FECHA DE NACIMIENTO:

_____

I UNDERSTAND AND AGREE THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY AND ALL MEDICAL SERVICES NOT COVERED BY MY INSURANCE PLAN. IT IS MY
DESIRE TO RECEIVE MEDICAL SERVICES AND PAY THE FEES AT THE TIME SERVICES ARE BEING RENDERED.

YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY ECONOMICAMENTE RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS MEDICOS QUE NO SON CUBIERTOS POR MI PLAN DE ASEGURANZA. ES MI VOLUNTAD RECIBIR Y PAGAR LOS SERVICIOS MEDICOS AL MOMENTO DE SER PROPORCIONADOS.

SERVICES REQUESTED: _____
_____

SERVICIOS REQUERIDOS: _____
_____

SIGNATURE OF PATIENT
FIRMA DEL PACIENTE

SIGNATURE OF RESPONSIBLE PARTY
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

_____ _____

Date/Fecha_____ Date/Fecha_____