



Hawthorne Pediatrics

330 Lafayette Ave.

Hawthorne, NJ 07506

Patient Responsibility Agreement

Nombre Del Paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Yo, _____, miembro de _____,
(seguro)

Y he hecho una cita para ser evaluado en Hawthorne Pediatrics.

Entiendo que se requiere la carta federal y un numero de referencia autorizado antes de programar la visita con el fin de asegurar que un beneficio sea cubierto. Yo tambien entiendo y acepto que es mi responsabilidad de obtener la remision y/o autorizacion requerida y sere responsable para el pago de los cambios y la factura directamente.

Firma Del Representatante lega/guardian: _____

Fecha: ____ / ____ / ____