



**RENUNCIA AL PACIENTE**

**AL INICIAR SIGUIENTE A CADA PARRAFO USTED ENTIENDE QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO LAS POLITICAS ESTABLECIDAS POR KELLUM MEDICAL GROUP.**

**\_\_\_\_\_ INFORMACION IMPORANTE SOBRE LOS BENEFICIOS DE ATENCION PREVENTIVE**

Debido a las regulaciones del seguro, todos los exámenes físicos, exámenes de bienestar y exámenes de bienestar infantil se consideran visitas de atención preventiva. La mayoría de las compañías de seguros cubren 100% de una visita de atención preventiva por año, sin embargo, Kellum Medical Group no será responsable de ninguna exclusión de su plan individual. Por favor, consulte con el administrador de su plan si tiene alguna pregunta o inquietud. Las visitas cubren chequeos generales, exámenes de detección de cáncer de rutina, inmunizaciones, asesoramiento sobre dieta y ejercicio, desarrollo infantil Y suplementos vitamínicos. Desafortunadamente, las compañías de seguros no cubrirán los problemas de atención no preventiva planteados durante una visita de atención preventiva.

**\_\_\_\_\_ CONSENTIMIENTO DE SORTEO DE LABORATORIO**

Kellum Medical Group no puede garantizar ni obtenemos una autorización previa para la extracción o el procesamiento de muestras de sangre. Es responsabilidad del paciente saber que laboratorios o pruebas están cubiertos por su seguro. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura para extracciones de sangre y procesamiento de laboratorio, llame a su seguro antes de su cita para verificar que sea un servicio cubierto por su plan. Los pacientes que pagan por cuenta propia deben ser conscientes de que la tarifa por los laboratorios extraídos se cobrará en el momento de sorteo.

**\_\_\_\_\_ Declaración De Reconocimiento del Cliente (Renuncia)**

Entiendo que, en opinión de Kellum Medical Group, Los servicios o artículos que he solicitado of que me han proporcionado pueden no estar cubiertos por los beneficios de mi plan de salud como razonables y medicamento necesarios para mi atención. Entiendo que mi plan de salud determina la necesidad médica de los servicios o artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si se determina que estos servicios no son razonables ni medicamento necesarios para mi atención. Entiendo que esta renuncia de reconocimiento es efectiva en todos los servicios prestados a partir de la fecha firmada y no debe exceder las 12 meses.

**He leído y entiendo las políticas establecidas por Kellum Medical Group.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha