



## Formulario de Designación de Aval y Responsabilidad Financiera

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Información del aval (Persona Financieramente Responsable)

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva el formulario completado a:**

US Acute Care Solutions  
ATENCIÓN: Servicios al Paciente

4535 Dressler Rd. NW  
Canton, Ohio, 44718

[ps@usacs.com](mailto:ps@usacs.com)

Fax: 330-492-8489

### Información del seguro (si procede)

Nombre del asegurado (si no es paciente): \_\_\_\_\_

Seguros Empresa: \_\_\_\_\_

ID de miembro: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento del Avalador y Responsabilidad Financiera

Reconozco que soy el garante designado y acepto la responsabilidad financiera de todos los servicios sanitarios prestados al paciente mencionado, incluyendo cualquier cantidad que no haya pagado el seguro.

Entiendo que proporcionar la información del seguro en este formulario no garantiza el pago y que soy responsable de cualquier saldo restante, incluidos copagos, coseguros y franquicias, de acuerdo con mi póliza de seguro.



Además, entiendo que si la parte financieramente responsable difiere de la persona que firma el consentimiento en el momento de la notificación, es mi responsabilidad asegurarme de que la información del aval se actualice en el lugar donde se prestan los servicios.

Certifico que la información proporcionada es precisa y completa según mi mejor conocimiento y acepto notificar rápidamente al proveedor de cualquier cambio.

**Firma del aval:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Estado de Ohio**

**Condado de** \_\_\_\_\_

El Formulario de Designación de Aval y Responsabilidad Financiera mencionado anteriormente fue reconocido ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_ (nombre del aval), quien reconoció la firma del documento anterior para los fines aquí indicados.

Notario Público, Estado de Ohio

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_