

UPPER VALLEY URGENT CARE CENTER

121 E. Redd Rd, El Paso, TX 79932
915-584-8882 (office) 915-584-8884 (fax)

FINANCIAL RESPONSIBILITY

I acknowledge that payment and /or co-payment is due at the time of service or treatment. I agree that parents, guardians or personal representatives are responsible for all fees and services rendered for treatment of minors/children. I understand that by this urgent care center filing a claim with my insurance company, I am not relieved from responsibility for the payment of services; and after 120 days from oldest date of service, I will be billed for any unpaid services. I understand that I will be responsible for resolving any further disputes with my insurance company.

Print Name Date

Signature of Patient or Guarantor Relationship

ACUERDO FINANCIERO

Reconozco que el pago se debe de hacer en el tiempo de servicio o tratamiento. Estoy de acuerdo que los padres, guardianes o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios rendidos para el tratamiento de un menor o a la otra persona para quien tengo responsabilidad legal. Reconozco que si mi seguro no ha pagado mi cuenta después de 120 días desde el día de servicio, una factura me será mandada y seré responsable de cualquier balance que este pendiente.

Imprima nombre del paciente, padre o guardián o representante Fecha

Firma Relación con el Paciente