



A, B, C, or D
Exp.

 RCMS – Gualala

 RCMS – Point Arena

 Point Arena Dental Clinic

Redwood Coast Medical Services - Proyección Financiera del Paciente

Es requerido el pago de los cargos basados en el descuento al momento del servicio médico. No Paciente es negado servicios.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. Seguro Social _____

Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Móvil: _____

Favor enumerar a los miembros de su familia – cónyuge e hijos menores de 18 años – con los que usted tenga responsabilidad financiera.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Yo/nosotros declaramos que mi/nuestro ingreso bruto mensual es de: \$ _____ # de miembros en su familia _____

Se le pide a prueba de ingresos de su período inicial de elegibilidad de 30 días. Iniciales: _____

Firmando abajo afirmo que soy financieramente responsable por el tratamiento que recibo. También declaro bajo pena de perjurio que las respuestas y documentos providenciados son correctos y verdaderos al mejor de mi entendimiento y creencia. También entiendo que pagos son necesarios al tiempo de recibir los servicios médicos y, si los pagos no se efectúan, el balance no recibido será reportado a una agencia de cobros

Firma del Paciente

Fecha

Firma Empleado/a de RCMS

Fecha

RCMS Staff Only

Sliding Scale Account # _____

Date of discount authorization

Expiration date of authorization

Patient or Family Member has emergency Medi-Cal Or High Share of Cost.