

ELIGIBILITY GUARANTEE FORM

HMO Patients only

I, _____, hereby certify that I am eligible with the following health insurance company _____ under the subscriber _____ through his or her employer _____. I also certify that I have chosen Dr. _____ to be my medical provider. I understand that if the above is not true or I am not eligible under the terms of my Medical and Hospital Subscriber Agreement, I am liable for any and all charges for services rendered. Also if the above is not true, I agree to pay in full for all services rendered within thirty days of receiving a bill from the above noted medical group/physician.

Yo, _____, certifico a través de la presente que califico bajo los requisitos del seguro médico de la siguiente compañía de seguros _____, a través del titular _____ y del empleador _____. Asimismo certifico que he elegido al (la) Dr. (a) _____ como mi proveedor médico. Entiendo que, si lo declarado no fuera verdadero o si no calificara bajo los terminus del Acuerdo Medico y Hospitalario del Titular, soy responsable por cualquier y todos los cargos por servicios prestados. En igual forma, si lo aquí declarado no fuera verdadero, me comprometo a pagar el total de todos los servicios prestados, en los siguientes treinta días de recibida la factura del mencionado grupo médico o doctor.

Signature of Member/Firma del miembro

Date/Fecha

Print Patient Name/
Nombre letra de molde

Patient Date of Birth
Fecha de nacimiento