

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC.

ACUERDO DE PAGO DE TRATAMIENTO A NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC.

Yo solicito a New Horizon Family Health Services, Inc. que me provea a mi y a mi familia con cuidado médico. Yo reconozco mi responsabilidad de pagar for cuidado médico de acuerdo a los honorarios establecidos. Además, yo autorizo que los beneficios médicos o dentales obtenidos sean pagados a New Horizon Family Health Services, Inc.

Firma

Fecha

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC. AVISO SOBRE EL DERECHO DE PRIVACIDAD

Yo, _____ por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de HIPAA y mis derechos sobre privacidad de New Horizon Family Health Services, Inc. y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este aviso.

Firma

Fecha