

## 醫療和財務同意書

日期: \_\_\_\_\_

兒童的名字: \_\_\_\_\_

兒童的出生日期: \_\_\_\_\_

為確保您了解我們醫療服務支付的政策，我們將其描述如下：

1. 就診當天要支付**copay**
2. 您有責任向我們支付您的保險公司未支付的餘額。
3. **如果醫生不接受您的保險公司。您當天將要支付我們所有的費用。**（接受萬事達卡、簽證和現金）。

我明白以上所有的醫療服務支付的政策。我同意醫生提供認為適合和有必要的醫療護理和治療。我在此授權我(小孩)的保險公司直接向Pure Pediatrics, PC (萬友兒科診所)支付所有費用。我明白我(小孩)的醫療保險所涵蓋的醫療費用範圍。我也明白如果保險公司拒絕支付，我將承擔所有的費用。

父母或監護人的簽名: \_\_\_\_\_

父母或監護人的電話: \_\_\_\_\_

父母或監護人的郵箱: \_\_\_\_\_

住址地址: \_\_\_\_\_

Staff initial \_\_\_\_\_