

WESTSIDE

PRIMARY CARE

at Sunrise

Prórroga para la comprobación de la cobertura del seguro

Comprendo que mi derecho a cobertura a través de mi compañía de seguro no puede ser confirmado en este momento. Quiero recibir cuidado médico por parte de la oficina Westside Primary Care. Si se determina que no tengo derecho a dicha cobertura, entiendo que tengo la responsabilidad de pagar por los servicios que reciba.

Firma del paciente/Acudiente legal:

Fecha: