



DECATUR PEDIATRIC GROUP, P.A.
Providing medical care for newborns, children and teens

***Recibo del aviso de las prácticas de la aislamiento
Forma escrita del reconocimiento***

Yo, _____, padre/guardian de _____
se han aconsejado de las practices, de paciente, de Decatur Pediatric Group, P.A. Es
efijan estan en las áreas que esperan para la revisión y son effectivas en el día 1 de
Abril de 2003.

Firma del padre/de guardian

Fecha

Declaración financiera de la responsabilidad

Se entiende que es el pago para los servicios rendidos por el Decatur Pediatric Group,
P.A mi responsabilidad. Cualquieres cargas que no sean cubiertas por mi seguro y
están dentro de sus límites contractuales deben ser pagadas en el plazo de 30 días de la
notificación, a menos que se tomen otras medidas.

Firma del padre/de guardian

Fecha

Asignación de ventajas

Entiendo que mis demandas de seguro serán archivadas por el grupo de Decatur
Pediatric Group, P.A en mi favor, y asignan por este medio al Decatur Pediatric Group,
P.A cualquier seguro de otras ventajas de tercera persona disponibles para el cuidado
médico proporcionado a los miembros de mi familia.

Firma del padre/del guarda

Fecha