



Asociación de Pediatría del Sur del Condado de Orange

Garantía de Elegibilidad

Yo _____, Por medio de la presente certifico que

Mi Hijo (a) _____, es elegible para recibir beneficios de

(Compañía de seguro) _____, desde el

(fecha) _____

HMO PPO (circule uno)

(Numero del grupo medico) _____

(Numero de identificación) _____

Yo he escogido al Dr. _____ como proveedor para asistencia medica de mi hijo(a). Yo entiendo que si mi hijo (a) no es elegible, Yo soy responsable de contraer todos los cargos recibidos de servicios médicos y tendré que pagar esos cargos dentro de (30) días de la factura.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

TESTIGO

FECHA