

## FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT

THE UNDERSIGNED agrees, whether he/she signs as parent, spouse, guarantor, guardian, or patient, that in consideration of the services to be rendered to the patient, he/she hereby individually obligates himself/herself to pay the account. Should the account be referred to an attorney for collection, I authorize attorney to obtain my credit report; and the undersigned shall pay reasonable attorney's fees and collection expenses.

\_\_\_\_\_  
Print Patient's Name

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature (if over 18 years age)

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Spouse/Guarantor Signature

Social Security No.: \_\_\_\_\_

---

## CONVENIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIAL

EL SUSCRITO/A conviene que al firmar como padre, esposo/a, fiador, guardian o paciente, asume la responsabilidad y obligacion por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento medico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado, yo autorizo al abogado que obtenga mi reporte de credito; y el suscrito/a pagara dichas cuentas legales y asumira costos de coleccion.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (si mayor de 18 años)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Esposo/a/Fiador

No. De Seguro Social.: \_\_\_\_\_