



## PATIENT IDENTIFICATION (Please Print) | *Identificación del Paciente (Por Favor Imprimir)*

**Patient's Name** (Please Print) *Nombre del Paciente (Por Favor Imprimir)*

**Parent/Legal Guardian Name** (Please Print) *Nombre del Padre/Tutor Legal*

## FINANCIAL RESPONSIBILITY | *Responsabilidad Financiera*

- I understand, and acknowledge, that I am financially responsible for any unpaid balances incurred as a result of my care at Georgia Mountains Health, or any of its divisions. *Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable de los saldos impagos incurridos como resultado de mi atención en Georgia Mountains Health, o cualquiera de sus divisiones.*
- I understand that I may receive treatment, or services, not covered by my insurance or discounted fee program and that additional charges, which I am responsible for, may occur. *Entiendo que puedo recibir tratamiento o servicios que no están cubiertos por mi seguro o programa de tarifa con descuento y que pueden ocurrir cargos adicionales, de los cuales soy responsable.*
- I understand that I may be eligible for discounted fees or for services. (Please speak with a front desk employee for additional information). *Entiendo que puedo ser elegible para tarifas con descuento o para servicios. (Hable con un empleado de la recepción para obtener información adicional).*

## ASSIGNMENT OF BENEFITS | *Asignación de Beneficios*

- I hereby assign to Georgia Mountains Health all payments to which they are entitled under Medicaid, Medicare or any other health insurance policy for health care, behavioral health or dental health services rendered to me by Georgia Mountains Health, or any of its subsidiaries. *Por la presente, asigno a Georgia Mountains Health todos los pagos a los que tienen derecho en virtud de Medicaid, Medicare o cualquier otra póliza de seguro de salud para servicios de salud, salud conductual o dental prestados por Georgia Mountains Health o cualquiera de sus subsidiarias.*
- I further authorize Georgia Mountains Health to bill and receive payments directly from Medicaid, Medicare or any insurance for services that were delivered and covered by my insurance. I also authorize Georgia Mountains Health to give Medicaid, or my health insurance, any information necessary for billing purposes for services provided for such periods of time as I have received or am receiving primary health, behavioral health or dental services. *Autorizo además a Georgia Mountains Health a facturar y recibir pagos directamente de Medicaid, Medicare o cualquier seguro por los servicios prestados y cubiertos por mi seguro. También autorizo a Georgia Mountains Health a dar a Medicaid, o mi seguro de salud, cualquier información necesaria para fines de facturación por los servicios prestados durante los periodos en que he recibido o estoy recibiendo servicios de salud primaria, salud conductual o dental.*

## APPOINTMENT AND NO-SHOW POLICY | *Política de Citas y No Presentación*

- I understand that if I am unable to keep my appointment, I will call the office to cancel, or reschedule, my appointment to a more convenient time. I understand I need to request appointment cancellations, or reschedules, with a 24-hour notice or as soon as possible. *Entiendo que si no puedo cumplir con mi cita, llamaré a la oficina para cancelar o reprogramar mi cita a una hora más conveniente. Entiendo que necesito solicitar cancelaciones de citas o reprogramaciones, con un aviso de 24 horas o lo antes posible.*
- I understand that Georgia Mountains Health reserves the right to not schedule future appointments for patients that have missed more than three appointments without calling in advance to cancel or reschedule. I understand that if that occurs, I may only be seen on a walk-in basis and may experience longer wait times. *Entiendo que Georgia Mountains Health se reserva el derecho de no programar citas futuras para pacientes que hayan perdido más de tres citas sin llamar con anticipación para cancelar o reprogramar. Entiendo que si eso ocurre, solo se me puede ver sin cita previa y puedo experimentar tiempos de espera más largos.*

## AUTHORIZATION SIGNATURE | *Firma de Autorización*

I have read and understand the content of this document. I verify that the information I have provided Georgia Mountains Health is true and accurate, to the best of my knowledge, and hereby agree to inform Georgia Mountains Health of any changes to the information. I also understand that failure to provide accurate and complete information may result in disqualification from services and/or any discount fee program for which I might be eligible. *He leído y entiendo el contenido de este documento. Verifico que la información que he proporcionado Georgia Mountains Health es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender, y por la presente acepto informar a Georgia Mountains Health sobre cualquier cambio en la información. También entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa y completa puede resultar en la descalificación de los servicios y / o cualquier programa de tarifa de descuento para el que pueda ser elegible.*

**Patient/Parent/Guardian Signature** *Firma del Paciente/Padre/Tutor*

**Date** *Fecha*