



USE LABEL OR PRINT

NAME

BCH

MRN

DOB

**Documento de acuse de recibo por el padre, la madre o el tutor de los honorarios del programa ASAP**

He recibido la siguiente información:

1. \_\_\_\_ Información de orientación al Programa de Tratamiento por Abuso de Sustancias para Adolescentes (Adolescent Substance Abuse Program, ASAP) de Boston Children's Hospital, que incluye los servicios disponibles.
2. \_\_\_\_ Lista de honorarios de los servicios provistos.

**Comprendo y acepto que si mi compañía de seguros no cubre o no considera necesarios del punto de vista médico cualquiera de los artículos o servicios mencionados anteriormente, seré responsable del pago de la suma total, si la reclamación es denegada. Si el seguro me deniega la cobertura de cualquier servicio, podría haber descuentos disponibles.**

**Firma del representante del paciente o del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del representante del paciente (en letra de molde)**

Firma del representante del paciente	Firma del paciente	Fecha
--------------------------------------	--------------------	-------

Debe firmar el paciente si es mayor de 18 años o si es un menor emancipado. Tanto el paciente como su representante deben firmar si el niño es menor de 18 años, pero tiene la edad suficiente para entender este formulario.