



**Cardiothoracic and Vascular Surgeons**  
1010 W. 40<sup>th</sup> St., Austin, TX 78756  
Tel: (512) 459-8753 Fax: (512) 459-0586

**Financial Responsibility/Responsabilidad Financiero**

I understand that on ALL services billed to my insurance company there may be an additional balance due. This is determined by my insurance company's benefit plan. This includes co-pays and deductibles.

I understand that if my insurance denies the claim(s) for medical necessity, out of network, not a covered benefit, plan terminated, is considered experimental or investigational by my plan, etc. that I will be financially responsible for the payment of the services according to the protocol of this office.

I understand if I am admitted to the hospital there may be other charges for medical services that may be considered out of network with my insurance company for which I may be responsible. CTVS cannot control or guarantee that only in-network providers for your insurance plan will be utilized by the hospital in which you receive treatment.

*Yo entiendo que en todos los servicios facturados a mi compañía de seguros puede haber un saldo adicional. Esto esta determinado por el plan de beneficios de mi seguro. Esto incluye los co-pays y deducibles.*

*Entiendo que si mi seguro niega la afirmación(es) por necesidad medica, fuera de la seguridad, no es un beneficio cubierto, el plan terminado, es considerado experimental o de investigación por mi plan, etc. que voy a ser financieramente responsable del pago de los servicios de acuerdo con el protocolo de esta oficina.*

*Entiendo que si soy admitido en el hospital puede haber otros cargos por los servicios médicos que pueden considerarse fuera de la seguridad con mi compañía de seguros y que yo pueda ser responsable. CTVS no puede controlar ni garantizar que solo los proveedores de la seguridad para su plan de seguro serán utilizados por el hospital en el que reciba el tratamiento.*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient/Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Printed Name of Patient/Nombre del Paciente in letra molde**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Email**

\_\_\_\_\_  
**Guardian or Responsible Party Signature/  
Guardián o Firma de persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**Relationship to Patient/  
Relación a Paciente**