

THE UNIVERSITY OF TEXAS
SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER
AT DALLAS

Ambulatory Services
Department of Medical Records

**Waiver of Liability
Medicaid (Spanish)**

Pt. Name: _____
Address: _____

City State Zip
MRN: _____
DOB: _____
SSN: _____ SEX: _____
DOS: _____

Aviso de Medico:

Si esta determinado por Medicaid que un servicio no esta pagado/cubrido por Medicaid, la agencia de Medicaid negara pagamiento por ese servicio. Yo creo que es posible que Medicaid

nege pagamiento por el servicio de _____ por
especifique el servicio

las siguientes razones: _____
ponga sus razones por lo que usted crea

El Cuerdo de Beneficiario:

Comprendo que, segun la opinion del _____ es posible que
nombre del proveedor

Medicaid no cubra los servicios o las provisiones que solicite _____
fecha del servicio

por no considerarlos por el Texas Medical Assistance Program. Entiendo que yo mismo soy responsable a pagar para todos los servicios y articulos que pido y recibo, si aquellos servicios o articulos no estan pagado por el Texas Medical Assistance Program.

Firmado,

Firma de paciente o persona actuando por paciente

Fecha

Firma de persona que explico el evidir responsabilidad

Fecha

Los servicios que no sean pafado, pueden incluir cuentas distintos para una cota de hospital o cota por servicios de medico.