



Declaración de renuncia de responsabilidad

Nombre de la persona inscrita

N.º de identificación de la
persona inscrita

Proveedor

Fechas de servicio

Plan de salud

Por medio de este documento, renuncio a cualquier derecho de cobrarle a la persona inscrita mencionada arriba el pago de los servicios detallados anteriormente, que fue rechazado por el plan de salud al que se hace referencia arriba. Entiendo que, al firmar esta renuncia, no se cancela mi derecho a pedir una apelación adicional según la Sección 422.600 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales).

Firma

Fecha