

# ACD Pediatric Group

---

I, \_\_\_\_\_, guardian of the patient

\_\_\_\_\_, DOB \_\_\_\_\_

Acknowledge that today, the patient will be seen as "self pay" because no insurance appears active at this moment.

I'm aware that ACD Pediatric Group is not going to bill any insurance retroactively; no refunds for today's visit will be given. Refunds should be handling directly with the insurance.

\_\_\_\_\_  
Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

Yo, \_\_\_\_\_, guardián del paciente

\_\_\_\_\_, DOB \_\_\_\_\_

Estoy consciente que el paciente será visto hoy como paciente sin seguro, siendo yo responsable del pago de esta visita. Estoy enterado (a) que ACD Pediatric Group no facturara retrospectivamente a ningún seguro y que ningún dinero será reembolsado por esta oficina por la visita de este día. Cualquier reclamación tiene que ser hecha directamente con el seguro.

\_\_\_\_\_  
Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha