

CENTRO DE SALUD REPRODUCTIVA DE KNOXVILLE (KCRH)
1547 W. Clinch Avenue, Knoxville, TN 37916 | (865) 637-3861

Entiendo que el costo cobrado por El Centro de Salud Reproductiva de Knoxville incluye los resultados del laboratorio, la orientación, el procedimiento del aborto, los medicamentos requeridos y un examen de seguimiento. Se puede añadir cobros de medicinas especiales, si son necesarios.

Si al regresar para el examen de seguimiento, pido anticonceptivos orales, un diafragma o tapa cervical, o inyecciones de Depo-Provera, sé que se requiere una prueba de Papnicolauou y se aplicarán otros cargos.

Entiendo que si se requieren los servicios de hospital, sala de emergencias o ambulancia, este cobro no incluye tales servicios.

También entiendo que soy responsable por los otros gastos que surjan de otros tratamientos que yo desee o requiera.

Entiendo que si no pago estos gastos hoy, necesito hacer otros arreglos para pagar o me cobrarán dentro de un mes.

Fecha

Firma de la paciente

Costo del procedimiento: \$ _____

Otros gastos \$ _____

Deposito pagado \$ _____

Total \$ _____

Pagado hoy \$ _____

Saldo \$ _____

Firma de recepcionista