



Burkhardt
Pediatric &
Adolescent
Dermatology

(919) 476-1118 | (855) 878-6037

135 Parkway Office Court - Suite 201

Cary, NC 27518

info@burkhardtpediatricdermatology.com

www.burkhardtpediatricdermatology.com

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE SEGURO

Entiendo que mi derecho a seguro de la (compañía de seguros) _____ no se puede confirmar en este momento. Deseo que Burkhardt Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC me preste servicios médicos. Entiendo que si el consultorio determina que no tengo derecho a seguro, yo soy responsable de pagar todos los servicios prestados.

Firma del paciente (o del tutor legal si el paciente es menor de 18 años)

Fecha