

SIERRA VISTA HOSPITAL

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

(Aprobación de pagos a plazos durante 12 meses.)

Inicial de BOM: _____

Fecha de aprobación: _____

Plan de pagos

(Esta divulgación cumple con la Ley de Veracidad en los Préstamos.)

N.º ATHENA MR: _____

N.º CERNER MR: _____

Nombre del paciente _____

Parte responsable (garante) _____

N.º de encuentro C	Saldo adeudado	N.º de reclamación	Saldo adeudado	N.º de reclamación A	Saldo adeudado
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
	\$ -		\$ -		\$ -
Subtotal	\$ -	Subtotal	\$ -	Subtotal	\$ -

Saldo total	\$ -
Menos el depósito	
Saldo total adeudado	\$ -

El monto financiado se pagará a Sierra Vista Hospital/Community Healthcare en
cuotas de _____ La **primera cuota vence** el _____ y todas
las cuotas posteriores vencerán el mismo día de cada mes hasta que se haya pagado en su totalidad.

Si los pagos no se reciben según lo estipulado y no se han hecho otros arreglos, se considerará que este acuerdo ha sido incumplido y el saldo total deberá pagarse cuando se solicite.

Si no se recibe el pago completo en un plazo de 30 días a partir del incumplimiento, la cuenta se transferirá a una agencia de cobros y la parte responsable deberá tratar directamente con dicha agencia.

Si acumula otros saldos pendientes que no están incluidos en este plan de pago, pero desea que estos sean añadidos, debe notificarlo al asesor financiero para que haga los arreglos de pago necesarios para ello. *(Tenga en cuenta que es posible que se le solicite aumentar los montos de sus pagos cuando se agreguen cuentas adicionales)*

Por la presente declaro que comprendo las estipulaciones expuestas arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección postal: _____

TELÉFONO: _____

NOTAS: _____

Envíe todos los pagos por correo postal a: Sierra Vista Hospital
PO Box 561638
Denver, CO 80256

Regístrese y pague en el portal
www.svhnm.org

O llame al: 575-824-7312- Departamento de Pago de Facturas de SVH O al 575-743-1240- asesor financiero

Fecha de modificación: 01.05.25