



12916 Conamar Dr., Suite 201
Hagerstown, MD 21742
PHONE: 301-791-5843
FAX: 301-797-4090
Email: info@bcacv.org

FORMULARIO DE EXENCIÓN AL PROGRAMA DE MAMOGRAFÍA Y ULTRASONIDO

Breast Cancer Awareness, Inc. (BCA), como parte de su misión de promover la detección temprana del cáncer de mama, proporciona financiamiento para gastos incurridos en servicios de mamografía/ultrasonido a personas que de otra manera no podrían costear dichos gastos.

Yo, el que suscribe, reconozco que BCA proporciona sólo financiamiento y no ofrece servicios médicos ni asesoramiento. Reconozco que el financiamiento proporcionado puede no cubrir completamente los gastos cobrados por un proveedor de servicios de mamografía/ultrasonido, pero debo obtener servicios de mamografía/ultrasonido de un proveedor aprobado por BCA en nuestra área de servicio (condados de Frederick y Washington en Maryland, condados de Berkeley, Jefferson y Morgan en West Virginia y condados de Franklin y Fulton en Pennsylvania).

En consideración al pago por parte de BCA destinado a cubrir los gastos de mis servicios de mamografía/ultrasonido, por la presente libero y eximo a BCA, sus empleados, agentes, directores, funcionarios, sucesores y cesionarios de toda responsabilidad, reclamación, demanda y causa de acción alguna, conocida y desconocida, previsible e imprevisible, derivada de o relacionada con los servicios de mamografía/ultrasonido obtenidos por mí para los cuales los gastos relacionados son totalmente o parcialmente pagados por BCA.

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

MÉDICO REFERENTE (POR FAVOR, ESCRIBE)

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE

OFICINA DE REFERENCIA

DIRECCIÓN DEL PACIENTE (FÍSICA)

FIRMA DEL MÉDICO
REFERENTE

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA
DE REFERENCIA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Declaración del Paciente

Yo, _____, afirmo que no tengo cobertura de ningún tipo de seguro médico y que soy residente de uno de los siguientes condados (MD: Frederick o Washington; PA: Franklin o Fulton; WV: Berkeley, Jefferson o Morgan).

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO POR FAX AL: 301-797-4090

Revisado en octubre de 2023