



# LK HEALTH

**Family Pact Program Patients,**

**Family Pact services covered through the program are very specific. If you are seeing the Provider for other health concerns, you will be charged for those services. In addition, you will be charged for tests not covered through the Family Pact Program. Thank You.**

**I, the undersigned patient, hereby certify that I have read, and understand that my visit under the Family Pact Program may result in non-paid charges that will be my responsibility to pay.**

---

**Patient Signature:**

---

**Date:**

---

**Pacientes del Programa de Planificacion Familiar,**

**Los servicios del Programa de Planificacion Familiar (Pact) son muy específicos. Si usted consulta a nuestro medico por un problema de salud no relacionado con Planificacion Familiar, usted recibirá cargos por estos servicios, lo mismo por exámenes de laboratorio no cubiertos bajo este programa. Gracias.**

**Yo, el Paciente, certifico que e leído y entiendo que mi visita bajo el Programa de Planificacion Familiar puede resultar en cargos que serán mi responsabilidad de pagar.**

---

**Firma del Paciente:**

---

**Fecha:**