



LK HEALTH

Cancer Detection Program Patients,

Cancer Detection Program 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 Cancer Detection Program. Thank You.

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

Patient Signature:

Date:

Pacientes del Programa de Detección del Cáncer (CDP),

Los servicios del Programa de Detección del Cáncer son muy específicos. Si usted consulta a nuestro medico por un problema de salud no relacionado con el Programa de Detección del Cáncer, 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 Detección del Cáncer puede resultar en cargos que serán mi responsabilidad de pagar.

Firma del Paciente:

Fecha:

L A B E L