

Nombre	# Contrato	Fecha de Servicio	Firma

Yo \_\_\_\_\_, acepto con mi firma que he recibido en la fecha arriba indicada el servicio médico del Dr. Ricardo J. Reina y me comprometo a cubrir cualquier deuda que mi seguro médico dejara de pagar al Dr. Ricardo J. Reina, por el servicio médico ofrecido.