

Consentimiento / Forma De Autorización

AYEZAH MIR, M.D, F.A.AP

CATHERINE GUINEY, C.P.N.P.

Consentimiento Para Tratamiento: Autorizo la anterior llamado médico para realizar y tratar el procedimientos junto con los beneficios esperados, riesgos y consecuencias involucradas

1. Exámenes Físicos

2. Vacunaciones / Tratamiento Como Necesario

Entiendo que el tratamiento se explicará a mí en detalle y el médico responda a mis preguntas. entendimiento este i autorizar el anterior llamado médico para realizar dichos exámenes, tratamiento, pruebas de laboratorio y administrar estos medicamentos que en su opinión, es necesario para

(Nombre del paciente/menor)

LIBERACIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS: a fin de garantizar un adecuado seguimiento y continuidad de la atención, que estoy de acuerdo que una copia de mis registros médicos puede destinarse a mi médico, un médico de referencia designado y/o el proveedor si cualquier, que aquí me menciona.

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS: Solicito que autorizó el pago de prestaciones a los médicos sobre mi nombre por los servicios prestados a mí. Autorizo el titular de servicios médicos y otras informaciones relativas a mí, será puesto en libertad para Medicare organismo de asistencia, o de cualquier otra entidad gubernamental o privada pagador responsable de pagar tales beneficios relacionados con los servicios prestados. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos no cubiertos por terceros pagadores. Autorizar a una copia de este formulario para utilizarse en lugar del original según sea necesario.

Firma _____

Fecha _____