

Divino Niño Pediatrics, PLLC

Formulario de consentimiento general

CONSENTIMIENTO GENERAL AL TRATAMIENTO

Yo autorizo **Divino Niño Pediatría** y sus asistente/es que ella pueda a proveer el tratamiento/procedimiento(s) según sea razonable, necesario y aconsejable. He sido informado de los motivos del tratamiento/procedimiento(s), al igual que los beneficios, riesgos y posibles consecuencias.

Con tal entendimiento, yo autorizo a **Divino Niño Pediatría** a ejercer tales exámenes, tratamiento, laboratorios pruebas y para administrar la medicación tal como, en su opinión, sea necesario o aconsejable para mi hijo/hija cuyo nombre aparece como mencionado anteriormente. Yo entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento al grado que la ley lo permita. Es de mi comprensión que no hay garantía o aseguración en los resultados obtenidos.

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS

Yo autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Divino Niño Pediatría por los servicios proveídos por los encargados de la salud o por aquellos bajo su supervisión. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cual quier saldo no cubierto por mi seguro, incluyendo cualquier cantidad de coaseguro, deducibles y copagos.

*Dichas cantidades deberan ser pagadas tan pronto la factura o estado de cuenta sean recibidas por usted, de lo contrario seran enviadas a una agencia de coleccion, una vez todos los medicos de recoleccion de nuestra parte sean agotados y no recibamos pagos de su parte.

Yo certifico que la información que me solicita el pago es correcta. Yo pido que el pago de los beneficios autorizado sea designado al médico por los servicios administrado.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION

Me han ofrecido una copia y he tenido la oportunidad de leer y considerar Divino Niño Pediatría aviso de prácticas de privacidad. Esta notificación contiene una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operación de sistema de salud, los usos y revelación que podemos hacer sobre su información protegía de salud y otro material de importancia.

Yo comprendo que al firmar este consentimiento, yo autorizo el consentimiento a su uso y divulgación de mi información protegida de salud como descrito en la Notificación de Practica de Privacidad para con llevar el tratamiento, actividades de pago y operaciones del sistema de salud.

Firmado de padre

Fecha