

Consentimiento de Tratamiento Medico

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo doy consentimiento a Frederiksted Health Care, Inc. para proveer tratamiento **Medico/Dental** a mi y a mi familia. Yo comprendo que no hay garantia de los resultados de los tratamientos.

PERMISO GUARDIAN PARA ESCORTAR NINOS

Yo, \_\_\_\_\_ como madre/padre o guardian legal, le doy permiso a las siguientes personas (Majores de 18 anos) de escortar mi hijo/hija a su visita para tratamiento medico o dental:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Asignacion Del Seguro Medico, y  
Autorizacion Para Revelar Informacion Medica

Yo certifico que tengo suguro medico con:

- \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro
- Medical Assistance Program (MAP)
- Medicare

Y asigno directamente a Frederiksted Health Care, Inc. todos los beneficios, si hay alguno pagadero a mi por los servicios brindado. Yo comprendo que soy responsable de todos los cargos, sea pagado o no por el seguro. Yo autorizo que usen mi firma en todas las reclamaciones de seguro.

El Frederiksted Health Care, Inc. Puede usar mi informacion medica y revelar dicha informacion al seguro nombrado arriba y sus agentes con el proposito de obtener pago por servicios y determinar los beneficios pagables por servicios relaciondos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiado or Representante

\_\_\_\_\_   
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion