



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente mi consentimiento para la licitación de la atención, incluyendo , la administración de anestésicos y la realización de procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos . Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico a cargo y es responsabilidad del personal para llevar a cabo las instrucciones de dicho médico.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** El médico(s) puede divulgar la totalidad o parte del expediente del paciente a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato para el médico ( s ) o para el paciente o para un miembro de la familia o el empleador del paciente para todos o parte del médico ( s ) cobra , incluyendo pero no limitado a , las compañías de seguros , compañías de compensación de trabajadores , los fondos de asistencia social, o el empleador del paciente.

**CERTIFICACION DEL PACIENTE DE MEDICARE Y MEDICAID –AUTORIZACION PACIENTES DE**

**CERTIFICACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y SOLICITUD DE PAGO:** Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título VII y / o Título XIX , de la Ley del Seguro Social, es correcta . Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus compañías intermediarias , cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare o Medicaid . Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre . Cedo los beneficios pagaderos por el médico ( s ) de servicios . Yo entiendo que soy responsable de mi deducible del seguro de salud y co -seguro.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me dieron una copia de la Notificación de prácticas de privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si yo lo elegí ) y entendí el Aviso.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_

Padre o Representante Autorizado

(Si corresponde)