

CONDICIONES DE TRATAMIENTO:

Consentimiento para el Tratamiento: Los abajo firmantes consienten para la administración y el rendimiento de todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que, a juicio de Asistente/ enfermera practicante medico/ dentista puede considerarse necesarios o aconsejables.

Asignación de Medicare: Certifico que la información que me proporciono en la aplicación o el pago bajo el Título VII de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de las presentaciones autorizadas hacerse en mi nombre.

Beneficios de Seguranza: En el caso de que tenga derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguranza mía o de cualquier persona que yo sea responsable por lo presente asignar dichas presentaciones directamente Anderson Valley Health Center para aplicación a mí factura. Estoy de acuerdo que Anderson Valley Health Center puede emitir un recibo de dicho pago, que pago ejercerá la aseguradora de las obligaciones de la póliza en la medida del pago, y que seré responsable por cargos no cubiertos por el acuerdo.

Firma de Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Padre Guardián (Especifique relación): _____ Fecha: ____/____/____