

## 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 (Mayores de 18 años) de escortar mi hijo/hija a su visita para tratamiento medico o dental:

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

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

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

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

## Asignacion Del Seguro Medico, y Authorizacion Para Revelar Informacion Medica

Yo certifico que tengo seguro medico con:

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

Y asingo directamente a Frederiksted Health Care, Inc. todos los beneficios, si hay alguno pagadero a mi por los servicios brindados. 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 propósito de obtener pago por servicios y determinar los beneficios pagables por servicios relacionados.

(X) \_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario o Representante \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_