



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre Del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al firmar este documento, Yo, el cliente que subscribe (representante autorizado), doy consentimiento y autorizó al Centro-Auditivo Verbal, Inc. recibir tratamiento médico. Según ordenado por el proveedor médico asignado de me cuidado, yo doy consentimiento y autorizó el rendimiento de cualquier tratamientos, exámenes, servicios médicos, y procedimientos de diagnóstico.

Al firmar este documento, también le doy permiso al Centro Auditivo-Verbal, Inc. presentar una reclamación a la compañía de seguro médico para que pague por el cuidado recibido. Yo también entiendo que el Centro-Auditivo Verbal tendrá que enviar mi información de registros médicos a mi compañía de seguro médico y yo tendré que pagar mí parte de los costos si el seguro médico no lo paga o si no tengo seguro médico.

Al firmar este documento, Yo entiendo que tengo el derecho a negar cualquier procedimiento e tratamiento y también tengo el derecho al discutir todos mis tratamientos médicos con mi proveedor.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Padre/ Representante Legal de Cliente  
(con letra de imprenta) (Si Está Es Menor De 18 Años)

\_\_\_\_\_  
Relación Con El Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Padre/ Representante Legal de Cliente  
(Si Está Es Menor De 18 Años)

\_\_\_\_\_  
Relación Con El Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha