

SPRING HILL
Pediatric Care



Consentimiento para Tratamiento

1. Yo _____ (nombre del padre/tutor) otorgo permiso a Spring Hill Pediatric Care a proveer tratamiento médico para:

Nombre de Paciente/s:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | D.O.B | _____ |
| _____ | D.O.B | _____ |
| _____ | D.O.B | _____ |
| _____ | D.O.B | _____ |
| _____ | D.O.B | _____ |

2. Que permito a Spring Hill Pediatric Care a solicitar los beneficios del seguro medico para pagar por el cuidado que recibo.

Yo entiendo que:

- Spring Hill Pediatric Care tendra que enviar mi informacion medica a mi compañía de seguros medicos.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si no paga mi seguro o no tengo seguro.

3. Entiendo que:

4.

- Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Estoy de acuerdo hasta que menciono lo contrario en verbal o escrito que la información médica sobre el diagnóstico y tratamiento de mi hijo puede ser compartida a los padres biológicos, hermanos, a los medicos referidos implicados en el cuidado y /o tratamiento de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha