

Consentimiento General para Tratamiento Médico

Por la presente doy mi permiso a Buford Care Inc. para darme tratamiento médico.

Autorizo a Buford Care Inc. a presentar reclamos de beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que:

- La Práctica tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o si no tengo seguro.
- Doy a Buford Care Inc. el derecho de realizar pruebas diagnósticas, procedimientos, venopunciones, etc., a menos que yo me niegue.
- Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo el derecho de discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

☐ Estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____