



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy mi permiso para que River Valley Family Health Centers me brinde servicios médicos, dentales y / o de salud conductual a mí o a mi hijo/hija nombrada en la página cuatro (4). Verifico que toda la información proporcionada es veraz. Doy fe de que el número de dependientes es correcto en la página cinco (5) (el tamaño de mi hogar reportado). Doy fe de que mis ingresos enumerados son correctos. Entiendo que el pago debe hacerse en el momento del servicio.

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios que me brindan River Valley Family Health Centers. Incluso si tengo cobertura de seguro, puedo deber dinero además del que pagó mi seguro.

Autorizo y ordeno a cualquier titular de información médica o documentación sobre mí o mi hijo que divulgue dicha información a River Valley Family Health Centers y sus agentes de facturación, y / o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus transportistas y agentes, y / o cualquier otro pagador o aseguradora que pueda ser necesario para determinar estos u otros beneficios pagaderos por cualquier servicio que me proporcione River Valley Family Health Centers. Autorizo el pago de beneficios de terceros directamente a los Centros de Salud Familiar de River Valley por los servicios prestados para mí y / o mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma de la fecha del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián (Si es paciente menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha