



Consentimiento para Tratamiento

- 1) Yo _____, doy permiso para que *Premier Health Express* me brinde tratamiento médico.
- 2) Doy permiso para que *Premier Health Express* solicite los beneficios del seguro para pagar la atención recibida.

Entiendo que:

- *Premier Health Express* tendrá que enviar mi información de registro médico a mi compañía de seguro.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo completo de los servicios si mi seguro no paga o si no tengo seguro.

Entiendo que:

- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a hablar sobre todos mis tratamientos con mi médico.

Firma de Paciente o Padre / Tutor

Fecha

Nombre