

# TECHE ACTION BOARD, INC.



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIONES

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo u doy mi consentimiento para someterme a la prueba, el tratamiento y otros procedimientos requeridos en el curso de estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bajo el cuidado del medico, o/sus colaboradores, socios, asistentes y representantes. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la odontología no son ciencias exactas y que ninguna garantía ha sido o puede ser hecha por la clínica en cuanto a los resultados del examen o tratamiento.

### Información del Seguro:

Yo doy permiso al personal autorizado de Tech Action Board, Inc. para liberar la documentación de apoyo medico y / o dental a mi company de seguros por los servicios prestados a mí mismo y / o sus dependientes cubiertos.

Estoy de acuerdo en que todos los pagos de seguros por los servicios cubiertos son pagaderos a Teche Action Board, Inc. y que no exceda los cargos por los servicios prestados.

Estoy de acuerdo que soy responsable por todos los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. Si recibo el pago de cualquier servicio, me comprometo a reembolsar a Teche Action Board, Inc.

Entiendo que puede haber un costo adicional para los suministros y el equipo relacionado con, pero no incluidos en el conpago, deducible, o tarifa nominal recogido al momento del servicio prestado. Entiendo que puede ser que reciba una factual por tal costo adicional, de acuerdo con la política de tarifas de Teche Action Clinic, que es mi obligación pagar tales facturas por esta póliza y que arreglos de pago se pueden programar para cualquier saldo pendiente. \_\_\_\_\_

### Accidente Automovilístico Y Compensación a los Trabajadores:

Yo entiendo que soy responsable por el 100% de la factura por el tratamiento recibido por un accidente de vehículo de motor o un incidente de compensación de trabajadores. También entiendo que yo no tengo que pagar en el momento del servicio para el tratamiento recibido si un document escrito es proporcionado por un ajustador de reclamaciones (que representa un caso de accidente de compensación o un caso de accidente automovilístico) comprometiéndome a pagar la cuenta en su totalidad.

Estoy de acuerdo que este consentimiento será válido durante un año por los servicios médicos y / o dentales proporcionados a mí. Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta forma puede ser utilizada en lugar del original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Teche Action Board, Inc. y su satélite es una Joint Commission Accredited Health Facility y es sujeto de estudio a cualquier tiempo sin aviso. Lo más importante, nuestra acreditación demuestra que la mejora de la atención al paciente es nuestro compromiso permanente. Esto significa que la calidad de la atención de salud que ofrecemos para usted es nuestra principal prioridad.

The Joint Commission

