CENTRO PEDIÁTRICO
REGISTRO DE CONSULTA

1. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Yo (nosotros) por este conducto doy (damos) permiso, autorizo (autorizamos) y ordeno (ordenamos) a las autoridades del Centro Pediátrico para que me (le) practiquen los procedimientos médicos y/o quirúrgicos que a su juicio consideren aconsejables o necesarios para el tratamiento o cuidado de (1) cualesquier condiciones ahora reconocidas o contempladas, (2) cualesquier condiciones, que por el momento no se reconozcan o contemplen, que se presenten o surjan durante el transcurso de dicho tratamiento o cuidados, y (3) ser visto por cualquier médico o enfermera licenciada.

Reconozco (reconocemos) que no se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados que se pudieran obtener de dicho tratamiento o cuidados, que entiendo (entendemos) la naturaleza y el propósito del tratamiento autorizado referido, y que me he informado (nos hemos informado) plenamente sobre el contenido y los efectos del citado Consentimiento y Autorización, y por este conducto doy (damos) mi (nuestro) consentimiento para lo mismo.

_____ **FIRMA** _____ _____

FECHA — PARIENTE MÁS CERCANO, TUTOR U OTRA PERSONA AUTORIZADA PARA DAR CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE — PARENTESCO CON EL PACIENTE

TESTIGO _____

2. CESIÓN DE BENEFICIOS AL CENTRO PEDIÁTRICO

CESIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y prometo pagar a Pediatric Center, 1300 Main Street, Richmond, Texas 77469, todos los cargos del paciente de acuerdo con las tarifas normales del Hospital y/o del Centro Pediátrico que no se cubran o no sean pagaderos conforme a esta cesión. Por este conducto autorizo que se paguen al Centro Pediátrico los beneficios que me correspondan. Al solicitar el pago conforme al Título XVII de la Ley del Seguro Social, solicito que en mi nombre se haga el pago de los beneficios autorizados a aquéllos que acepten esta cesión. Autorizo el uso de una reproducción fotográfica o de facsímile de esta autorización en lugar de la original.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por este conducto autorizo a quienes posean información médica sobre mi persona que divulguen a mi compañía de seguros o agencia patrocinadora, o a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradores, donde sea relevante, la información que soliciten dichas agencias y que necesiten para tramitar reclamos de beneficios.

_____ **FIRMA** _____ **ENFERMERA/DEPENDIENTE** _____

FECHA — PARIENTE MÁS CERCANO, TUTOR U OTRA PERSONA AUTORIZADA PARA DAR CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE