

KINDCARE PEDIATRIC CENTER

GENERAL CONSENT FORM / FORMA DE CONSENTIMIENTO GENERAL

SECTION A: PATIENTE INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

Patient Name / Nombre del Paciente: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

SECTION B: GENERAL CONSENT / CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

I authorize the Doctors of Kindcare Pediatric Center and/ or assistants to designate or provide treatment or procedures determined as necessary and reasonable. I understand I will be provided the rationale for treatment or procedures including the benefits, risks and possible complications.

Yo autorizo los Doctores de Kindcare Pediatric Center y sus asistentes designar o proveer tratamiento/ procedimientos como sean necesarios y razonables. Yo entiendo que se me explicara las razones por el tratamiento/ procedimientos, al igual que los beneficios, riesgos y posible complicaciones.

With this understanding, I authorize the Doctors of Kindcare Pediatric Center and /or assistants to complete examinations, treatment, diagnostic testing / labs and administer medications that in my opinion are necessary for or acceptable for my son or daughter as named above. I understand that I can retire this authorization at any time, as legally permitted.

Con tal entendimiento, yo autorizo a los Doctores y sus asistentes, a ejercer todos los exámenes, tratamiento, laboratorios, pruebas y administrar medicamentos que es en mi opinion, sea necesario o aceptable para mi hijo/ hija cuyo nombre fue mencionado. Yo entiendo que puedo retirar esta autorizacion en cualquier momento al grado que la ley lo permita.

SECTION C: INSURANCE AUTHORIZATION/ AUTORIZACION DE SEGUROS

I authorize the direct payment of medical benefits to Kindcare Pediatric Center for the services rendered. I understand, I am responsible for any balance not covered by the insurance. Medicaid: I certify the information provided as accurate. I request that the payment is designated to Kindcare Pediatric Center for services rendered

Yo autorizo el pago directo de los beneficios medicos a Kindcare Pediatric Center por los servicios proveido. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance no cubierto por el seguro. Medicaid: Yo certifico que la informacion proveido por mi es correcto. Yo pido que el pago de los beneficios sea autorizado a Kindcare Pediatric Center por los servicios administrado.

SECTION D: CONSENT OF INFORMATION/ CONSENTIMIENTO POR EL USO Y REVELACION

I was offered a copy and read "Receipt of Notice of Privacy Policies & Consent Form". This notification contains a description regarding treatment, payment and health administrative issues and your rights to protect important health information.

Se me ofrecio una copia y he leido "Notificacion de Practica de Privacidad. Esta notificacion contiene una descripcion sobre el tratamient, pagos y asuntos administrative y sus derechos para protégé informacion medica importante.

X _____ relationship/ relacion al paciente: _____

Signature of Parent/ Guardian

X _____

Print name/ Nombre en letra molde