



## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

1. Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) doy permiso a **KIDS FIRST PEDIATRICS** para que me dé tratamiento médico.
2. Permito a **KIDS FIRST PEDIÁTRICS** presentar sus solicitudes de seguro para pagar el cuidado que recibo.

Entiendo que:

- **KIDS FIRST PEDIATRICS** tendrá que enviar mis datos médicos a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.

3. Entiendo que:

- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico.

**Nombre de Paciente** \_\_\_\_\_

**Nombre de Padres** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Firma de Padres** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_