DYNAMIC ARTHRITIS CARE CLINIC, PLLC
CARLOS E. RAMIREZ, M.D.
BOARD CERTIFIED INTERNAL MEDICINE & RHEUMATOLOGY
PHONE: (832) 850 6083 FAX: (832) 672 7113

Formulario de consentimiento de tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo a la Dynamic Arthritis Care Clinic a tratarme a mí o a mi dependiente. Entiendo que cualquier tratamiento o procedimiento que no sea una Visita a la Oficina (es decir, inyecciones intra-articulares) puede no estar cubierto bajo mi copago, pero podría aplicarse a mi deducible.

Reconocimiento

Certifico que he leído y entiendo completamente el contenido del permiso para el tratamiento y estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo que se aplique a mi deducible. También entiendo que soy responsable del costo de cualquier prueba que se haga para mí según se requiera o que se haga referencia a un laboratorio externo y que la facturación de dichos servicios no esté incluida en la facturación de Dynamic Arthritis Care Clinic pero será facturada de manera independiente por el exterior laboratorio.

_____
Firma Paciente / Responsable Fecha

_____
Firma Testigo Fecha