



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____

Doy mi consentimiento para tratar (o el abajo firmante en nombre del paciente) doy mi consentimiento voluntario para permitir que los médicos y/o el personal de Astrana Care brinden atención médica, que abarca procedimientos y tratamientos de diagnóstico de rutina, como pacientes ambulatorios de forma continua según lo consideren necesario los médicos de Astrana Care. Se me informará sobre la duración y el curso de todo el tratamiento y soy libre de finalizarlo en cualquier momento.

Por la presente, autorizo a Astrana Care a divulgar cualquier información médica necesaria a mi compañía de seguros o a sus agentes para asegurar los pagos. Se necesita una autorización específica y por separado para la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH, el tratamiento psiquiátrico y el tratamiento químico/alcohólico.

Asignación de Beneficios de Seguro: Por la presente, asigno beneficios médicos y/o quirúrgicos, seguro y otros beneficios del plan de salud a Astrana Care. Una copia de esta cesión se considera válida en lugar del original.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y copagos no pagados por mi compañía de seguros, excepto los montos exentos por el contrato de mi compañía de seguros con Astrana Care. En caso de que la cuenta se remita a cualquier abogado para su cobro o a una agencia de cobro, el abajo firmante pagará todos los honorarios legales y gastos de cobro incurridos. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa máxima del Estado de California.

Certificación: Certifico que leí o me han leído lo anterior y que he recibido una copia para mis registros. Como paciente, tutor del paciente, curador o agentes generales, acepto cumplir con los términos anteriores.

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación a continuación:

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____