

Creighton

THERAPY AND WELLNESS

Consentimiento para Tratamiento / Convenio Financiero

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Creighton Therapy and Wellness ESTÁ COMPUESTO DE MÉDICOS AFILIADOS CON LA Escuela de Medicina de la Universidad de Creighton. Yo (o el padre, guardián legal, o representante autorizado del paciente) les autorizo que se provea cuidado médico razonable y apropiado.

INSTITUCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Entiendo que Creighton Therapy and Wellness esta afiliado con una institución de enseñanza e investigación. Yo entiendo que estudiantes de medicina, residentes, y colegas participan con los médicos de Creighton Therapy and Wellness en el cuidado de los pacientes.

CONVENIO FINANCIERO

Estoy de acuerdo que soy responsable por todos los cargos de los servicios que se me provean. Sí es aplicable, yo entiendo que una tarjeta de seguro es necesaria para asegurar la cobertura. Si no tengo la tarjeta junto conmigo, acepto la responsabilidad financiera de todos los servicios que me provea Creighton Therapy and Wellness en caso que no tuviera cobertura para estos servicios, y entiendo que recibiré la cuenta de todos los servicios de Creighton Therapy and Wellness. Algunas pólizas requieren una referencia escrita por mi médico principal para que se cubran los servicios de un especialista. Si no tengo esa referencia, acepto la responsabilidad financiera de los servicios que me provean los especialistas de Creighton Therapy and Wellness.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo asigno a Creighton Therapy and Wellness cualquier seguro o beneficios de tercera persona que estén disponibles para el servicio del cuidado de salud que se me provee. Entiendo que Creighton Therapy and Wellness tiene el derecho de negar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Creighton Therapy and Wellness, yo estoy de acuerdo de mandar a Creighton Therapy and Wellness toda aseguranza de salud y otros pagos de tercera persona que yo reciba, por dichos servicios, inmediatamente que los reciba.

ESTOY DE ACUERDO QUE ESTAS PROVISIONES SE MANTENGAN EN EFECTO HASTA QUE YO PROVEA POR ESCRITO UNA REVOCACION A CREIGHTON THERAPY AND WELLNESS; 17055 FRANCES STREET, SUITE 100; OMAHA, NEBRASKA 68130 Y QUE PUEDE DEPENDER DE ESTE CONSENTIMIENTO HASTA QUE RECIBA REVOCACION EN ESCRITO.

Padre o Tutor Firma

Padre o Tutor Imprenta Nombre

Fecha