



A MEMBER OF COMMUNITY FOUNDATION MEDICAL GROUP & A PART OF SANTÉ HEALTH FOUNDATION

# Patient Consent

Appointment Date
------------------

(For English Speaking)

## CONSENT

I hereby give consent for medical or surgical treatment to the attending physician to care for myself or I am duly authorized by the patient as his/her general agent to give consent of such treatment. I hereby give consent of release of medical information to consulting physicians and other medical personnel, as may be required in the rendering of treatment. I understand that I am financially responsible to the above named office for the services rendered. In the event of collection action I shall be responsible for any legal fees incurred.

Patient or Responsible Party Signature	Date
--	------

## AUTHORIZATION

I hereby authorize payment directly to the attending physician of any medical/surgical benefits payable to me under the conditions of my policy for services rendered. I hereby give consent for release to authorized person of financial and medical information concerning care, treatment and charges as may be required to complete all claims for benefits.

Patient or Responsible Party Signature	Date
--	------

(For Spanish Speaking Only)  
Español

## CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente autorizo al médico en turno que me de tratamiento médico y quirurgico, o como representate, autorizado por el paciente para ser su agente general en estos tramites medicos, doy permiso para el mismo tratamiento. Asi mismo, otorgo el necesario consentimiento para que mis registros medicos sean liberados ha personal médico ya sea necesario para el tratamiento recibido. Entiendo que seré responsable por todos cargos monetarios incurridos por el establecimiento médico indicado arriba. En caso de que mi cuenta médica sea transferida a una agencia de cobranza, yo seré responsable por los cargos legales.

Firma de Paciente o Persona Responsable	Fecha
---	-------

## AUTORIZACION

De acuerdo con las condiciones de mi poliza sobre servicios médicos recibidos, autorizo el pago directo al médico que me atendio con sus servicios médicos o quirurjicos. Al igual, en casos que sean necesarios, doy consentimiento para que mi historia médica sea revisada por personal financiero o medico para completar las facturas para recibir mis beneficios.

Firma de Paciente o Persona Responsable	Fecha
---	-------