



Consentimiento Informado de la paciente

Por favor iniciales en cada elemento de línea y la firma en la parte inferior de la página.

- _____ Doy mi permiso para que el proveedor y el personal certificado de dermatología para tratarme como considere necesario, según su criterio profesional.
- _____ Entiendo que Certificado Dermatología emplea avanzados Enfermeras Profesionales (ARNP) y si estoy programada con ellos, estoy de acuerdo con ellos, en lugar de consultar a un médico.
- _____ Entiendo que la atención médica requiere mi cooperación, y voy a seguir mis proveedores órdenes y prescripciones. Voy a hacer y conservar las citas para el seguimiento médico y llamar a la oficina para advertir cualquier cambio o problemas con mi condición.
- _____ Autorizo a mi proveedor para liberar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestados a mí o a mi hijo durante el *período de tal atención médica a sus contribuyentes del partido, incluyendo Medicare.
- _____ Autorizo y solicitar que mi compañía de seguros, en lugar de reembolsar a mí directamente, pagar al proveedor o grupo médico los beneficios de los servicios restados.
- _____ Entiendo que mi compañía de seguros médicos que pueden pagar menos de la cuenta real para servicios. Estoy de acuerdo en que yo podría ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mi dependientes.
- _____ Entiendo que puede ser facturado por un laboratorio externo para el trabajo que se realiza en esta oficina, si mi compañía de seguros no tiene un laboratorio contratado o la instalación, o si los servicios no están cubiertos por mi seguro.
- _____ Certifico que he leído el consentimiento anterior y comprender plenamente el contenido de la misma.

Nombre del paciente o Tutor Legal/Representante del Paciente
(escribir en letras de molde)

Fecha

Firma del paciente o del tutor o representante legal

Testigo/Fecha