



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

1. Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a Families Together of Orange County para proporcionar servicios médicos, dentales, de visión y/o comportamentales. Los siguientes son ejemplos de servicios que pueden ser prestados:

Medicina Familiar, OB-GYN, Pediatría, Dental Básico y Mayor Integral, Ortodoncia, Optometría, Terapia de Comportamiento, Planificación Familiar, Asesoramiento Nutricional, Acupuntura, Quiropráctica, Entrenamiento Físico, Asistencia Farmacéutica, Reproducción Sexual (por ejemplo, pruebas de ETS y VIH), así como todos y cada uno de los servicios adicionales dentro del alcance de la práctica en Families Together of Orange County.

2. Permito que Families Together of Orange County presente solicitudes de beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo:

- Se me proporcionará una copia de mi historial médico a petición.
- Puedo ser referido a agencias externas para atención adicional, si es médicamente necesario.
  - Estas agencias tendrán acceso a mis registros médicos que se consideren necesarios para proporcionar atención adicional.
- Soy responsable de todos y cada uno de los cargos de acuerdo con la política de descuento del programa Families Together of Orange County Sliding Fee Scale, una copia de la cual está disponible a petición.
- Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.

\*El consentimiento permanecerá vigente a menos que se revoque por escrito y se entregue a:

Families Together of Orange County  
661 W 1ST ST STE G  
Tustin, CA 92780

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, madre o tutor, según corresponda.