**Autorizacion y Consentimiento Medico**

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo, el paciente, estoy de acuerdo y consiento a participar en los servicios que ofrece Greater Orlando Psychiatric Associates, PA. Yo comprendo que estoy de acuerdo y consiento solo a los servicios que los proveedores de Greater Orlando Psychiatric Associates, PA estan calificados a proveer entre: (1)lo permitido en la licencia del proveedor, certificacion y entrenamiento; o (2) lo permitido en la licencia del proveedor, certificacion y entrenamiento de los proveedores que supervisan directamente los servicios recibidos por el paciente. Si el paciente es menor de 18 años de edad o incapaz de consentir el tratamiento. Yo manifiesto que tengo custodia legal del individuo y estoy autorizado a iniciar y continuar el tratamiento y/o legalmente en nombre de este individuo.

PROVEER SU INFORMACION: Autorizo a cualquiera de los Doctores/ Terapistas que han atendido al paciente a proveer a cualquier compañia de seguro o sus representantes con cualquier informacion relacionada a hospitalisaciones, tratamiento y/o examenes que la historia medica pueda contener.

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO: Yo autorizo pago directo a cualquier proveedor de los beneficios que no son colectados por el paciente. Yo tambien asigno cualquier y todos los derechos de cobertura del seguro medico relacionados con este tratamiento, pero que no exceda los cargos regulares por la consulta, tratamiento, interpretacion y/o examenes.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Yo comprendo que soy responsable por cualquier servicio dado por un proveedor, sin importar si el servicio es cubierto por el seguro medico. Yo comprendo que el pago es esperado en el momento del servicio al menos se hayan hecho los arreglos necesarios antes de la visita. Los metodos de pago que aceptamos son effectivo cheque (procesados electronicament), Visa, Master Card, y Discover. Si mi compañia de seguro require una autorizacion, Yo entiendo que yo soy reposnsable por ebtener la autorizacion inicial.

**Cheques devueltos por su banco tendran un cargo de $35.00. Citas perdidas o no canceladas con un minimo de veinticuatro horas de anticipacion tendran un cargo de $25.00.**

CONFIRMACION DE CITAS: En Greater Orlando Psychiatric Associates, P.A., una de las principales prioridades es mantener la confidencialidad de nuestros pacientes. Como llamamaremos a confirmar sus citas en el futuro, por favor indique el numero telefonico quel usted prefiere usar.

Telefono para confirmar sus citas: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Paciente (imprima) Firma del Paciente / Guardian Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Guardian y relacion (si aplica) Testigo