



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Información en la forma de registro es verdadera y correcta según mi conocimiento. Basado en esto deseo registrarme como paciente de Valley Health Team, Inc. Doy mi consentimiento para recibir los servicios ordenados por el doctor cuando se me ha informado de las razones y consecuencias de dichos servicios.

Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal

Fecha

AUTORIZACION DE SOLAR INFORAMACION

Autorizo a Valley Health Team, Inc. divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal

Fecha

AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS

Autorizo el pago de los beneficios profesionales a los que tengo derecho, directamente a Valley Health Team, Inc.

Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal

Fecha