Consentimiento general de tratamiento

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que mi(s) hijo/a(s) menores de edad se sometan a todas las pruebas y exámenes, así como otros procedimientos necesarios requeridos durante el curso escolar. Lo que incluye el diagnóstico y tratamiento por parte de médicos y odontólogos y otros miembros del personal de The CW Williams Community Health Center, Inc. como parte de su asociación con el programa MECK Pre-K /Smart Start.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y las cirugías menores no es una ciencia exacta, y por tanto reconozco que The C. W. Williams Community Health Center, Inc. no me brinda ninguna garantía con los resultados por los tratamientos o exámenes.

También doy mi consentimiento para que se pueda compartir la información médica de mi(s) hijos(s) a con otras instituciones autorizadas y compañías de seguro. También otorgo mi consentimiento para que se compartan estos datos personales y médicos con agencias asociadas (laboratorios, etc.), según sea necesario por The C. W. Williams Community Health Center, Inc.

También autorizo a Medicad, Medicare o los beneficios de mi compañía de seguro para que se le pague a The C. W. Williams Community Health Center, por los servicios prestados.

_____ _____

Nombre del menor (escriba con letra de molde) Fecha de nacimiento del menor

_____ _____

Nombre del padre o tutor legal (letra de molde) Fecha

_____ _____

Firma del padre o tutor legal (firme arriba) Fecha de nacimiento del padre o tutor legal

_____

Dirección del padre o tutor legal (firme arriba)

_____ _____

Correo electrónico Teléfono

_____

Nombre de su seguro médico (si tiene alguna)

_____

Nombre de su seguro dental (si tiene alguna)