



Consent to Treatment

Patient's Name (Printed): _____ DOB: _____

I hereby give consent for the staff of Peak Vista Community Health Centers to administer such medications, immunizations and local anesthetics and to perform such procedures as may be necessary for proper health. As a patient of Peak Vista, I understand that I may be seen by a clinical training student/resident/fellow who is at all times supervised by either a licensed provider or by their appropriate preceptor for their specific discipline. All decisions about treatment plans are made by a licensed provider.

I understand that Peak Vista sponsors a Family Medicine Residency training program, and my care may be provided partially or completely by a Family Medicine Resident. If my care is located at the Printers Parkway residency teaching clinic, these physician residents will also be managing my care under the supervision of the attending physician, should I be hospitalized for any reason at a local hospital.

I assign medical/dental benefits, otherwise payable to me, from any group and/or individual health insurance policies, and authorize payment directly to Peak Vista Community Health Centers for professional service rendered by them. I understand I am financially responsible for charges incurred in the course of treatment not covered or paid by my insurance company. I hereby authorize Peak Vista Community Health Centers to release to my insurance company any information requested in relation to health services.

Patient's Signature

Date

Witness' Signature

Date



Referred by Alliance for Kids

Consentimiento para Tratamiento

Form # MED11 sp
Form Date: 02/18/16

El Nombre del Paciente (Imprimir): _____ DOB: _____

Por medio del presente doy mi consentimiento para que el personal de Peak Vista Community Health Centers administre los medicamentos, vacunas y anestésicos locales y para que realice los procedimientos que sean necesarios para una salud adecuada. Como paciente de Peak Vista, comprendo que me puede examinar un estudiante/residente/becado en capacitación que estará supervisado en todo momento por un proveedor con licencia o por su preceptor correspondiente para su disciplina en particular. Todas las decisiones sobre los planes de tratamiento las toma un proveedor con licencia.

Comprendo que Peak Vista patrocina un programa de capacitación de Residencia en medicina familiar y que un médico residente en medicina familiar puede proporcionar parte de mi atención. Si mi atención se lleva a cabo en la clínica de enseñanza de residencia Printers Parkway, éstos médicos residentes también administrarán mi atención bajo la supervisión del médico de cabecera, si me llegan a admitir un hospital local por cualquier motivo.

Cedo los beneficios médicos o dentales que de otra manera serían pagaderos a mi persona, de parte de cualquier póliza de seguro médico colectiva o individual y autorizo el pago directamente a Peak Vista Community Health Centers por los servicios profesionales que me hayan prestado. Comprendo que tengo la responsabilidad financiera de los cargos incurridos durante el tratamiento que no estén cubiertos por mi compañía de seguros o que ésta no pague. Por medio del presente autorizo a Peak Vista Community Health Centers para que divulgue a mi compañía de seguros toda la información solicitada relacionada con servicios de atención médica.

Firma Paciente

Fecha

Testimonio de Signature

Fecha