



## Consent of Treatment

I, the undersigned hereby consent to the administration and performance of all diagnostic procedures and treatments for (patient) \_\_\_\_\_ which, in the judgment of my physician, may be considered necessary or advisable. I further agree that if I decided to leave without receiving treatment and / or the consent of my attending physician, neither said physician nor Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation shall be liable for the consequences of such decision.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

## Financial Agreement

I hereby agree that in consideration for services to be rendered by Family Care Specialists (FCS), I shall make prompt payments to the FCS account as bills are presented. I agree to pay interest at the legal rate should the account become delinquent, and if it becomes necessary for the account to be referred to an attorney for collection, I shall pay the actual attorneys fees and collection expenses.

## Assignment of Benefits

I authorized payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_



## Consentimiento Para Tratamiento

Yo, con mi firma, doy consentimiento para la administración y aplicación de todos los procedimientos y tratamientos diagnosticados para (paciente) \_\_\_\_\_, que mi medico considere necesario o aconsejable. También estoy de acuerdo en que si yo llegara a retirarme de la oficina medica sin haber recibido tratamientos y/o consentimiento de mi medico, ni el mencionado medico o el grupo Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation deberán ser responsables por las consecuencias de dicha decisión.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## Acuerdo Financiero

Yo estoy acuerdo, que a consideración por el servicio prestado por Family Care Specialists, haré pagos a la cuenta de Family Care Specialists como se me vayan presentando los cobros. Estoy de acuerdo a pagar interés al porcentaje legal, si mi cuenta llegara a ser delinciente, pagare los gastos de abogado y colección al costo actual.

## Autorización De Beneficios

Yo autorizo pagos de beneficios médicos, al medico o suplemental de los servicios rendidos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_