

Matthew McRae, Jr., D.M.D. and Associates
995 Baxter Street
Athens, GA 30606

Consentimiento de Servicios

Yo autorizo al doctor o asistentes designados a tomar rayas-x, estudiar modelos, fotografías, y cualquier otra curacion que el doctor crea apropiado para hacer su diagnostico.

A base de dicho diagnostico, yo autorizo al doctor a hacer todo tratamiento recomendado y acordado con anterioridad, a si mismo, para ser atendido por su equipo de asistentes, para que de esa manera, sea tomado el propio cuidado.

Yo estoy de acuerdo del uso de anestésicos, sedantes, otros medicamentos necesarios para mi tratamiento. Yo entiendo plenamente que usar anestésicos implica ciertos riesgos y entiendo que puedo pedir un repaso de posibles complicaciones.

Por ultimo, estoy totalmente de acuerdo de ser responsable por el pago de los servicios rendidos en mi provecho o mis dependientes. Yo entiendo que el pago de dichos servicios deberá ser saldado, al momento de ser atendido, a menos de que haya habido un acuerdo tratado con anterioridad. Si, por algún motivo, el pago ha sido saldado, según lo acordado, entiendo que un 1.5% será cargado a mi saldo, por no haber pagado en el tiempo acordado.

Firma del Paciente, pariente o Responsable con el Paciente	Fecha	Relación
---	-------	----------

Confirmación de Recibo del Aviso de la Prácticas de Privacidad

Yo he recibido una copia del Aviso de la Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Firma del Paciente, pariente o Responsable el Paciente	Fecha	Relación con
---	-------	--------------

Medicaid/Peachcare / Aseguranza/Seguro Autorización

Yo autorizo uso de esta forma en todas mis sumisiones de aseguranza/seguro

Yo entiendo que soy responsable por el costo de este tratamiento.

Yo autorizo el pago directo a mi doctor.

Yo autorizo a mi doctor para actuar como mi agente ayudándome a obtener el pago de estos servicios a mi aseguranza/seguro

Firma del Paciente, pariente o Responsable el Paciente	Fecha	Relación con
---	-------	--------------