



**Uribe, Hechtman, Zvijac, San Giovanni, Carter**  
1150 Campo Sano Ave., Suite 200  
Coral Gables, FL 33146

### **CONSENT FOR TREATMENT**

I consent to all medical and surgical procedures and treatment, including but not limited to surgery, medical treatment, radiological examination, anesthesia, laboratory procedures, inpatient or outpatient services and medications that may be performed, administered or rendered by or under the specific or general instructions of my or my child's physicians or surgeons during this hospitalization or outpatient visit. In addition, I agree to abide by facility regulations designed to enhance the care and safety of patients, and I consent to the appropriate disposal of any specimen or other bodily materials removed during the course of my or my child's treatment.

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Doy mi consentimiento a todos y cualquier procedimiento, tratamiento médico, quirúrgicos o tratamiento que incluyan, pero no estén limitadas a cirugía, tratamiento médico, examen radiológico, anestesia, servicios de laboratorios, servicios de "inpatient or outpatient" y medicinas que pueden ser realizados, administrados o dados por o bajo las instrucciones específicas o generales del personal médico o de cirugía durante esta hospitalización o visita como paciente externo. Además, acuerdo aceptar las regulaciones de este centro, regulaciones que están diseñadas para facilitar el cuidado y la seguridad de los pacientes y, además, consiento al procedimiento establecido para disponer de cualquier espécimen o de miembros removidos durante el curso del tratamiento dado a mi persona o la de mi hijo(s) menores.

**Initials/Iniciales**



**Urbe, Hechtman, Zvijac, San Giovanni, Carter**

1150 Campo Sano Ave., Suite 200

Coral Gables, FL 33146

**ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS**

I authorize payment of Medicare, Medicaid or other insurance benefits otherwise payable to me for the services provided that are deemed necessary by my or my child's physician(s), directly to this facility and its affiliates, attending and consulting physicians and allied health professionals. Where MEDICARE AND MEDICAID BENEFITS are applicable, I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVII or XIX of the Social Security Act is correct, and request that these payments of authorized benefits be made directly to this facility and its affiliates, attending and consulting physicians and allied health professionals on my behalf.

\_\_\_\_\_  
**Initials/Iniciales**

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO**

Autorizo el pago de beneficios de seguros (Medicare, Medicaid, o cualquier otro seguro) directamente a este centro de salud o sus afiliados, medicos de cabecera, consultores o cualquier otro profesional que haya prestado sus servicios en eli caso. Estos pago por los servicios prestados seran pagados siempre y cuando estos sean considerados necesarios. En caso de pagos por el Medicare o Medicaid, certifico que la informacion dada por mi al solicitar pago bajo el Titulo XVII o XIX del "Social Security Act" es correcta y pido que estos pagos se hagan directamente a este centro o sus afiliados y tambien a cualquier medico o profesional de salud que haya prestado sus servicios en el caso.

\_\_\_\_\_  
**Initials/Iniciales**



**Uribe, Hechtman, Zvijac, San Giovanni, Carter**  
1150 Campo Sano Ave., Suite 200  
Coral Gables, FL 33146

### **GUARANTEE OF PAYMENT**

I guarantee payment of any and all charges incurred, which are not covered or allowable by my insurance, or Medicare, if any, to this facility and its affiliates, attending and consulting physicians and allied health professionals. This includes any denial of payment due to lack of medical necessity or pre-certification/authorization (as maybe determined by a review organization), lack of affiliation with an HMO or any other constraint imposed as a condition of my insurance coverage. It is further agreed that if this account is referred for collection, I will pay the costs of the collection including litigation costs and reasonable trial and appellate attorney's fees. An itemized bill is available from Patient Financial Services.

### **GARANTIA DE PAGO**

Garantizo el pago de todos los gastos incurridos que no sean cubiertos o aprobados por mis seguros o por el Medicare a este centro y sus afiliados y a cualquier personal profesional que haya prestado sus servicios en el caso. Esta garantia incluye cualquier rechazo de pago debido a falta de necesidad medica, falta de precertificacion o autorizacion (segun la determinacion de una organizacion de revision), falta de afiliacion con un HMO o cualquier otra salvedad impuesta como condicion de mi cobertura. Tambien acepto que si el saldo de mi cuenta es referido a una agencia de cobro he de pagar el costo de la agencia incluyendo, si fuese necesario, los costos de litigacion y los costos razonables de juicio y abogados. Una relacion detallada de los cargos en la cuenta se puede obtener de la oficina de "Patient Financial Services".

\_\_\_\_\_  
Patient Name /Nombre    Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative  
Firma del paciente o de el representante