

***Pediatric Heart Specialists
7777 Forest Lane, Suite C-855
Dallas, Texas 75230***

Consent for Treatment

I consent to and authorize testing and treatment as ordered by my doctor and his consultants, associates and assistants. I authorize ***Pediatric Heart Specialists'*** nurses, employees and others as necessary to carry out the instructions of my doctor(s) with respect to the procedures and treatment he has ordered. I understand student nurses and others in professional training programs may be among the individuals who provide care to me.

No Guarantee: I acknowledge that no guarantees or warranties have been made to me with respect to treatment to be provided at ***Pediatric Heart Specialists.***

I give permission to ***Pediatric Heart Specialists*** to file any claim to my insurance company and to accept assignment of any benefits paid. I also understand if my insurance fails to pay a claim for any reason other than *Provider Discount* that I will ultimately be responsible for payment, since the contract is between my insurance company and me.

If the patient is a minor: I affirm I am the parent or legal guardian of this patient with full authority to give consent for him/her to be tested and treated.

Printed name of patient

Date

Signature of patient/parent/legal guardian

Printed name of parent/legal guardian

***Pediatric Heart Specialists
7777 Forest Lane, Suite C-855
Dallas, Texas 75230***

Consentimiento Para Tratamiento

Yo autorizo y consiento a estudios y tratamiento ordenado por mi doctor y sus consultantes, asociados, y asistentes. Yo autorizo a enfermeras, empleados, y otros de *Pediatric Heart Specialists* siendo necesario, a efectuar las instrucciones de mi doctor con respecto a los procedimientos y tratamiento que él ha ordenado.

No Garantía: Yo reconozco que no hay ninguna garantía con respecto al tratamiento de **Pediatric Heart Specialists**.

Yo doy permiso a **Pediatric Heart Specialists** a someter cualquier reclamo a mi compañía de seguro y para aceptar asignado por medio de beneficio médico los servicios rendidos. También entiendo que si la aseguranza no paga el reclamo por cualquier razón con excepción de descuento profesional, yo soy responsable por todos los cargos en esta cuenta.

Si el paciente es un menor: Yo afirmo que soy el padre o guardián legal de este paciente con autoridad completa para dar consentimiento a estudios y tratamiento de él.

Nombre de paciente en molde

Fecha

Firma de paciente/padre/guardián legal

Su nombre en molde