

Certifico que he leído el **Consentimiento para recibir tratamiento y Acuerdo financiero** anterior y que recibí una copia de estos. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy autorizado por el paciente para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
[Paciente/Padre o madre/Curador/Tutor/Agente]

Si firma alguien que no sea el paciente, escriba el nombre legal en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
[Representante del NorthBay Healthcare]

\_\_\_\_\_

El abajo firmante acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepta los términos del Acuerdo Financiero, la Cesión de los de Beneficios del Seguro y las disposiciones del Plan de Servicio de Atención Médica anteriores en su nombre.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
[Paciente/Padre o madre/Curador/Tutor/Agente]

Si firma alguien que no sea el paciente, escriba el nombre legal en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
[Representante del NorthBay Healthcare]



**NORTHBAY**  
**HEALTHCARE**

1200 B. Gale Wilson Blvd., Fairfield, CA 94533

**ACUSE DE RECIBO DE CONSENTIMIENTO  
PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y ACUERDO  
FINANCIERO**