



**Consentimiento Para Tratamiento  
Baylor College of Medicine**

Voluntariamente doy mi permiso a los abastecedores de asistencia médica de Baylor College of Medicine o BaylorMedCare y tales ayudantes y otros abastecedores de asistencia médica, como ellos vean necesario de proporcionarme servicios médicos. Entiendo que al firmar esta forma, los autorizo para tratarme mientras busco el cuidado del Baylor College of Medicine o BaylorMedCare, o hasta que yo retire mi consentimiento por escrito.

---

Firma de Paciente o Guardián

Fecha

---

Nombre en letras de Molde del Paciente o Guardián

Relación al Paciente

**Declaración de Responsabilidad Financiera/Asignación de Beneficios  
Baylor College of Medicine**

Reconozco que soy legalmente responsable por todos los gastos en relación a la asistencia médica y tratamiento proporcionado por representantes de Baylor College of Medicine o BaylorMedCare. Asigno y autorizo pagos al Baylor College of Medicine or BaylorMedCare. Entiendo que mi portador de seguros puede no aprobar o reembolsar mis servicios médicos en su totalidad debido a precios habituales y acostumbrados, exclusiones de beneficios, límites de cobertura, falta de autorización, o necesidad médica. Entiendo que soy responsable por los gastos no pagados en su totalidad, co-pagos, y deductibles de póliza y de coaseguro excepto donde mi responsabilidad es limitada por contrato o ley Estatal o Federal.

---

Firma de Paciente o Guardián

Fecha

---

Nombre en letras de Molde del Paciente o Guardián

Relación al Paciente

Una copia duplicada o mandada por fax de esta forma es considerada lo mismo como el documento original.