



PATIENT NAME: _____

DOB: _____

MRN: _____

Consent to Treat

I consent to medical treatment by Barrow Neurological Institute. I understand I will receive full explanation prior to any testing, procedure or referral and that I will be given the opportunity to decline or seek further information. I agree to assume and pay the charges for the services when presented to me. I understand payment for services received, as well as collecting from an insurance carrier is my responsibility unless other arrangements are made beforehand. I, authorize Barrow Neurological Institute to release the required information from my medical record to any insurer or compensation carrier which requires that information to settle a claim on my behalf. I also request benefits be paid to Barrow Neurological Institute. I acknowledge the Patients Right and Responsibilities has been made available upon this visit.

Consent

Patient Name

Date

Patient/Guarantor/Responsible Party Signature

Guarantor/Responsible Party Name
(If signed by someone other than patient)



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

F. DE NAC.: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: _____

Consentimiento para el Tratamiento

Mi firma abajo otorga permiso para el tratamiento brindado por BARROW NEUROLOGICAL INSTITUTE. Acepto que recibiré una explicación antes de cualquier estudio, procedimiento, o remisión y que me darán la oportunidad de negarlo o buscar información adicional. Acepto pagar los cargos se me presenten. Acepto la responsabilidad de los cargos y cualquier cobro al seguro a menos que haya otros arreglos de antemano. Autorizo a BARROW NEUROLOGICAL INSTITUTE a divulgar la información requerida de mi expediente a la aseguradora o fondo de reembolso que la requiera para el reclamo. El beneficiario será BARROW NEUROLOGICAL INSTITUTE. Reconozco que me han presentado la información sobre los derechos y responsabilidades del paciente.

Consentimiento

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente/garante/responsable

Nombre del garante/responsable
(Si firma otro en nombre del paciente)