



### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO GENERAL**

Por este medio otorgo al Southwest Community Health Center, Inc. y a sus proveedores medicos / dental mi consentimiento para evaluacion medico / dental y tratmiento de salud mental necesaria.

Estoy de acuerdo que you soy responsable del balance de mi cuenta irrespectivo de los arreglos con mi seguro or terceras partes envueltas.

En caso de falta de pago, sere responsable por todo los costs envueltos en las gestiones de cobro y costos de corte y legales asociados con el cobro de este balance de mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padres/La persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**