



---

### **Consentimiento para el tratamiento médico y de diagnóstico**

Por medio de la presente, acepto y doy mi consentimiento para que los proveedores y el personal de Reincke Vein Centers me proporcionen tratamiento médico y de diagnóstico para determinar apropiadamente mi condición médica. Entiendo que a mi compañía de seguros se le facturarán los servicios prestados hoy, los cuales pueden incluir una visita adicional al consultorio y/o una ecografía bilateral completa de mis extremidades inferiores. Seré responsable de cualquier deducible, coseguro y/o copagos que puedan aplicarse en función de estos servicios.

---

Firma del paciente o parte responsable

---

Fecha