

**CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR**  
(CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR)

I / We, the undersigned parent(s) and/or guardian(s) of \_\_\_\_\_  
(Name of Minor)  
with a D.O.B of \_\_\_\_\_ a minor, do hereby authorize Optimum Chiropractic & Health Center, LLC and its doctors to administer chiropractic care to my child, as they deem necessary.

**Español**

Yo / Nosotros, los abajo firmante padre (s) y / o tutor (s) de \_\_\_\_\_  
(Nombre del menor)  
con una fecha de nacimiento de \_\_\_\_\_ un menor de edad, por la presente autorizo Optimum Chiropractic & Health Center, LLC y sus médicos a administrar el cuidado quiropráctico para mi hijo, si lo consideran necesario.

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal guardians Name (Please Print)  
*Padres/Tutores Legal Nombre (en letra de imprenta)*

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal guardians Signature  
*Padre / tutores legales Firma*

\_\_\_\_\_  
Witnessed By  
*Testigo*

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
*Firma del Testigo*

Dated in Annandale, Virginia on \_\_\_\_\_  
*Fechado en Annandale, Virginia, el* (Date-Fecha)

**Agreement for Payment of Services**

By signing the authorization above I affirm that I understand and agree that:

- ⇒ Health and accident insurance policies are an arrangement between patients and their insurance carriers.
- ⇒ This office will prepare any necessary reports and forms to assist me in making collection from the insurance company.
- ⇒ Any amount that is authorized to be paid directly to this office will be credited to my account upon receipt. I permit this office to endorse insurance payments to be applied to my account.
- ⇒ All services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for the payment of my account.
- ⇒ It is the policy of this chiropractic office to collect for services as they are rendered, unless other financial arrangements are made.

**Español**

**Acuerdo de Pago de Servicios**

Con la firma de la autorización anterior, afirmo que entiendo y acepto que:

- ⇒ Pólizas de seguros de accidentes y de salud son un acuerdo entre los pacientes y sus aseguradoras.
- ⇒ Esta oficina redactar los informes y los formularios necesarios para que me ayude en la toma de la colección de la compañía de seguros.
- ⇒ Cualquier cantidad que se autorizó a pagar directamente a esta oficina será acreditado a mi cuenta después de recibirlo. Me permito esta oficina para respaldar los pagos de seguros a aplicar a mi cuenta.
- ⇒ Todos los servicios que se me pagan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable por el pago de mi cuenta.
- ⇒ Es la política de esta oficina quiropráctica de cobrar por los servicios en el momento de las visitas, a menos que se tomen otras medidas financieras.