

GENERAL CONSENT FORM

Patient details					
Patient Name	:	MICHE ALCONIS			
Patient File No	:	43902	DOB	:	03-Nov-1980
Nationality	:	Philippine	Gender	:	Female
Doctor's Name	:	Dr.Farhan Iyas	Date	:	21-Jun-2025

I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of therapy. I understand I have to inform personal and medical details and have the right to be informed about my treatment. I understand that the Center is not responsible for my personal property, money, or any valuable left unattended. I authorize the Center to release information about my treatment: a.) as required to process payment of claims and (b) to other facilities for the continuity of my care. In consideration of the services provided at the centre, I agree to pay the centre for all services provided to me. If any health insurance programs cover my treatment, I authorize the centre to bill any such insurer for all medical services provided, and agreed to pay any co-payment or charges covered by my health insurance. This consent form will be stored in the patient's medical record at the clinic. I have read and understand the information on this sheet.

أنا الموقع ادناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي في المركز الطبي طوال فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل المالية ، كما أن من حق معرفتي أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي ، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة ، أو أي متعلقات خاصة بي لم أقم بحفظها ، وأنا أخول المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقاتي ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك لموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي التي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بي ، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار


MICHE ALCONIS
Patient or Legal Guardian Name


Signature

Date: 21-Jun-2025

Witness or Interpreter's Name


Signature

Date: 21-Jun-2025

Printed ID: 999-9999-9999999-9