GENERAL CONSENT FOR TREATMENT

GENE R L CONSENT TO TR E TMENT: I consent to and authorize testing, treatment and outpatient and/or hospital care by

5AJAQGOMA^$; JJT^ ; M?^5A [V^ - ATT ; EAT^&IC ; / 0?@A , ; / IA4 , AI * ?5%0 , 9A4 I & ; . !I : , GI : , 80IAO90=4< ; 0I . , 99@I<?IA0FAI : 0@@ , 30@IA<I , ; GI , ; / I , 99IAO90=4< ; 0I ; C : - 0?@I=?<D6 / 0 / IA<I * ?6%0 , 9A4 I & ; . !IC ; 9O@@I&I ; <A51HI * ?6%0 , 9A4 I & ; . !I5 ; I E?5A5 ; 3IA<IC@0I<A40?I : 0 , ; @IA<I . < : : C ; 6 . , A0I E5A4I : 0!I) C . 4IAO90=4< ; 0I . , 99@I , ; / IA0FAI : 0@@ , 30@I : , GI - 0I / 095D0?0 / IC@5 ; 3I96D0 I , ?A515 . 5 , 9 I=?0?0 . <? / 0 / ID<5 . 0@ I , CA< : , A6 . IAO90=4< ; 0I / 5 , 95 ; 3I@G@A0 : @ I<?I , ; GI<A40?I . < : =CA0? , 5 / 0 / IA0 . 4 ; <9<3509@I1?< : I * ?6%0 , 9A4 I & ; . !I<?I6A@I - C@6 ; 0@@I , @@< . 5 , A0@ I 6 ; . 9C / 6 ; 3I , ; GI - 5996 ; 3I @0?D5 . 0@ I . <990 . A5< ; I , 30 ; . 6O@ I , 30 ; A@ I<?I<A40?IA45? / I= , ?A5O@IE4<I : , GI , . AI< ; IA406?I - 04 , 91!I) C . 4I . , 99@I , ; / I A0FAI : 0@@ , 30@I : , GI - 0I?O9 , A0 / IA<I , ; GI=C?=<@0 I5 ; . 9C / 5 ; 3I , ==<5 ; A : 0 ; AI?0 : 5 ; / 0?@ I - 5996 ; 3I , ; / I= , G : 0 ; A!I

')8^5%45) . &!^ (45<I9 , EI=0? : 5A@I , I40 , 9A4 . , ?0I=?<D5 / 0?IA<I0F0? . 5@0I=?<10@@5< ; , 9I7C / 3 : 0 ; AI , ; / I=0?1<? : I , ; I %&+IA0@AI

I (as patient or as agent of the patient) hereby assign and transfer all rights of third party payor benefits for services rendered to me to TriHealth,