

Consentimiento General Para el Cuidado y Tratamiento Medico

Para el Paciente: Usted tiene el derecho , como paciente , a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico , médico o de diagnóstico recomendado para ser utilizado de modo que usted pueda tomar la decisión de si debe o no someterse a cualquier tratamiento o procedimiento propuesto , después de conocer los riesgos y peligros involucrado. En este punto de su cuidado, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición (s) identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar razonables y necesarios exámenes médicos, pruebas y tratamiento. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) usted tiene la intención de que este consentimiento es de naturaleza continua, incluso después de un diagnóstico específico se ha recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá totalmente efectiva hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento para interrumpir los servicios.

Usted tiene el derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si usted tiene alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su profesional de la salud, le animamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico, y/o mediadores proveedor de nivel (médico de la enfermera, ayudante del médico, o especialista clínico de la enfermera), y otros proveedores de atención médica o las personas designadas como se considere necesario, para efectuar el examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para el condición que me ha traído a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos y de intervención, se me pedirá que lea y firme los formularios de consentimiento adicional antes de la prueba (s) o procedimiento (s).

Certifico que he leído y entendido completamente los párrafos anteriores y consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre Impreso del Representante de Pacientes o Personal

Relación con el Paciente

Nombre Impreso del Testigo

Título del Empleado

Firma del Testigo

Fecha